

RENATO MIGUEL LAINS DOS SANTOS MOTA

**DISFUNÇÃO SEXUAL MASCULINA APÓS
TRANSPLANTAÇÃO RENAL:**

**Influência do Tempo Pós-Transplantação Renal e do Impacto da Imagem
Corporal na Satisfação Sexual Pós-Transplantação**

Orientador – Professor Doutor Jorge Manuel dos Santos Cardoso

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

Lisboa

2017

RENATO MIGUEL LAINS DOS SANTOS MOTA

**DISFUNÇÃO SEXUAL MASCULINA APÓS
TRANSPLANTAÇÃO RENAL:**

**Influência do Tempo Pós-Transplantação Renal e do Impacto da Imagem
Corporal na Satisfação Sexual Pós-Transplantação**

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Sexual no Curso de Mestrado Transdisciplinar de Sexologia no dia 15 de Dezembro de 2017, perante o Júri, nomeado pelo Despacho Reitoral n.º316/2017 de 9 de Outubro de 2017, com a seguinte composição:

Presidente

Professora Doutora Patrícia Pascoal

Arguente

Professor Doutor Nuno Monteiro Pereira

Orientador:

Professor Doutor Jorge Manuel dos Santos Cardoso

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2017

A todos os meus que tornaram possível a concretização deste projecto.

Uma homenagem especial ao meu pai que, precocemente, partiu durante a realização desta investigação. Na impossibilidade de gravar este momento na sua memória, perpétuo aqui a minha gratidão e admiração por ele.

Agradecimentos

Ao Professor Jorge Cardoso que, perante o convite para me orientar neste projecto, se disponibilizou para tal. Admiro o pragmatismo e a capacidade de concretização em domínios tradicionalmente pouco conhecidos pelas áreas clínicas médico-cirúrgicas e com o qual eu desde o início me identifiquei. Em ciência, frequentemente, a dificuldade não está em corrigir o erro mas em identificá-lo. Uma perspectiva distinta daquela em que estou enraizado pela formação biomédica, fomentou o interesse e a necessidade de investigar e compreender alguns domínios da medicina sexual que me eram pouco familiares e que acredito terem melhorado a minha vida, quer enquanto investigador quer enquanto clínico.

Ao Dr. Domingos Machado, Director da Unidade de Transplantação Renal do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, que desde cedo se disponibilizou, colaborou e incentivou à realização deste projecto e que, enquanto líder, é uma personalidade marcante, com quem sempre gostei de colaborar e de conviver. Também da Unidade de Transplantação Renal, a Dr.^a Alice Lança, a Dr.^a Patrícia Matias e a Dr.^a Cristina Jorge, que muito auxiliaram para a concretização deste trabalho, disponibilizando-se para qualquer ajuda sempre que solicitada.

Um especial agradecimento às enfermeiras e secretárias da Unidade de Transplantação Renal, que foram cruciais para a aplicação do projecto. A relação de proximidade com o doente transplantado renal permitiu o convite à participação e a recolha de toda a informação que viabilizou a concretização do mesmo.

Pela colaboração na revisão estatística, gráfica e textual um agradecimento à Dr.^a Catarina Santos, à Dr.^a Ana Mateus Covita, à Dr.^a Filipa Piecho, ao Dr. José Carlos Santos e ao Dr. Hélder Simões.

Por último e porque são o meu comando de vida, um especial agradecimento aos meus pais e à minha família alargada adquirida por amor e amizade e que estão sempre comigo em cada projecto que concretizo.

Declaração de conflito de interesses

Este projecto foi desenvolvido no âmbito do Mestrado Transdisciplinar de Medicina Sexual da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia cujo financiamento da inscrição e das propinas foi realizado pelos Laboratórios Menarini.

Resumo

Estima-se que 10% da população mundial sofra de insuficiência renal crónica (IRC). Esta altera a qualidade de vida e a sobrevivência dos doentes, sobretudo no período terminal da doença pela necessidade de utilização de uma técnica de substituição da função renal. A transplantação renal é a terapêutica que oferece uma qualidade de vida que mais se aproxima da dos indivíduos sem IRC terminal.

A sexualidade é uma componente significativa da qualidade de vida global (QoL) e da qualidade de vida associada à saúde (HRQoL), sendo no doente transplantado renal influenciada por diversos factores biopsicossociais. A disfunção sexual é muito prevalente no transplantado renal, apresentando uma etiologia multifactorial e exercendo um impacto negativo sobre a satisfação sexual e sobre a QoL e a HRQoL. Nos transplantados, a integração de um novo órgão no organismo implica um reajustamento da imagem corporal, com a probabilidade de desencadear efeitos psicológicos negativos, bem como repercussões na intimidade e na resposta sexual.

Este estudo teve como objectivo avaliar a função sexual masculina, a satisfação sexual e a satisfação com a imagem corporal após transplantação, numa amostra de conveniência obtida na Unidade de Transplantação Renal do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. Foi realizado um estudo transversal unicêntrico com recurso aos seguintes instrumentos: *International Index of Erectile Satisfaction*, *New Scale of Sexual Satisfaction*, *Brief Symptom Inventory* e *Body Image Scale*.

A taxa de resposta foi de 27.2% diagnosticando-se disfunção erétil em 66.1% da amostra. Identificou-se a presença de pelo menos um factor de risco para doença cardiovascular em 97.3% dos inquiridos e de 3 ou mais factores em 27.7%. Encontrou-se uma correlação entre o funcionamento sexual e a satisfação sexual ($r=.598$; $p<.01$; $n=112$) e entre satisfação com a imagem corporal e a função sexual ($r=-.193$; $p<.05$; $n=112$). O tempo decorrido após a transplantação ($<ou>36$ meses) não evidenciou diferença na função sexual e na satisfação sexual ainda que a idade, o consumo de psicofármacos, a imagem corporal e a existência de parceira/o sexual tenham moderado a variância entre esses grupos de transplantados.

Estes resultados apontam para uma elevada taxa de disfunção sexual, nomeadamente de disfunção erétil, face à prevalência conhecida para a população geral. Verificou-se uma relação entre a função sexual e a satisfação sexual. A imagem corporal mais satisfatória associou-se a um melhor funcionamento sexual mas não a maior satisfação sexual reflectindo provavelmente os mecanismos de ajustamento que a satisfação sexual tende a manter ao longo da vida de um indivíduo. Permanece por determinar de modo longitudinal o efeito da transplantação renal sobre a sexualidade e a imagem corporal.

Palavras-chave: IRC, Transplantação renal, Disfunção sexual, Satisfação Sexual, Imagem corporal

Abstract

Ten per cent of the worldwide population suffer from chronic kidney disease (CKD). This can impact survival and quality of life, namely in the terminal period of illness that implies the use of kidney function substitution. Kidney transplant is the technique that provides a quality of life (QoL) comparable with the one of an individual without terminal CKD.

Sexuality is an important domain of the health-related quality of life (HRQoL) and of the global quality of QoL and is influenced by several biopsychosocial factors in the kidney transplant recipient. Sexual dysfunction is prevalent after kidney transplantation and its aetiology is presumed to be multifactorial. Sexual dysfunction exerts a negative impact on sexual satisfaction, HRQoL and global QoL. The integration of a new organ in the body can imply an adjustment of the body image perception, which eventually may have a negative influence on intimacy and sexual response.

This study purposes to evaluate male sexual function, sexual satisfaction and body image in a convenience sample collected in the Department of Kidney Transplantation of the Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. This is a single centre cross-sectional study using the International Index of Erectile Satisfaction, the New Scale of Sexual Satisfaction, the Brief Symptom Inventory and the Body Image Scale.

The response rate was 27.2% and erectile dysfunction was identified in 66.1% of the sample. Presence of at least one risk factor for cardiovascular disease was identified in 97.3% and 27.7% had 3 or more cardiovascular risk factors. A correlation was identified between sexual function and sexual satisfaction ($r=.598$; $p<.01$; $n=112$) and between body image satisfaction and sexual function ($r=-.193$; $p<.05$; $n=112$). The time after transplantation ($<$ or >36 meses) did not demonstrate a difference in sexual functioning or sexual satisfaction, although age, psychothropic drugs, body image perception and sexual partner availability accounts for the variations between the influences that time exerts in sexual function and satisfaction.

These results showed high sexual dysfunction rates in the sample, namely erectile dysfunction, compared to those exhibited by the general population. A relation between sexual function and sexual satisfaction was established although it is not possible to evaluate if it was already evident before kidney transplant. The greater satisfaction with body image was associated

with better sexual function but not with sexual satisfaction. This probably evidences the adjustment mechanisms developed to maintain sexual satisfaction throughout the life. Longitudinal evaluation is still required for the effects that kidney transplantation exerts in sexuality and the body image.

Keywords: Chronic Kidney Disease, Kidney Transplantation, Sexual Dysfunction, Sexual Satisfaction, Body Image

Abreviaturas

APA – Associação Americana de Psiquiatria

BIS – *Body Image Scale*

BSI – *Brief Symptom Inventory*

CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

CKD – *Chronic Kidney Disease*

Df – Graus de liberdade

DM – Diabetes Mellitus

DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5

eTGF – Taxa de Filtração Glomerular estimada

FRCV – Factores de Risco Cardiovascular

HRQoL – Qualidade de Vida associada à Saúde

HTA – Hipertensão Arterial

ICD – *International Classification of Diseases*

IIEF – *International Index of Erectile Function*

IRC – Insuficiência Renal Crónica

ISP – Índice de Sintomas Positivos

KDIGO – *Kidney Disease: Improving Global Outcomes*

M – média

MANCOVA – Análise Multivariada de Covariância

n – número

NSSS – *New Scale of Sexual Satisfaction*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PROMIS - *Patient Reported Outcomes Measurement Information Systems*

QoL – Qualidade de Vida

SD – Desvio Padrão

WHO - Organização Mundial de Saúde

Whoqol - *World Health Organization Quality of Life Assessment Group*

Índice Geral

Agradecimentos	iii
Declaração de conflito de interesses	v
Resumo	1
Abstract	3
Abreviaturas	5
Índice Geral	7
Índice de Tabelas	8
Índice de Figuras	9
Índice de Anexos	9
Introdução	11
Capítulo 1. Insuficiência renal crónica e transplantação renal	13
Capítulo 2. Resposta e disfunção sexual masculina	19
Capítulo 3. Transplantação renal e disfunção sexual masculina	21
Capítulo 4. Imagem corporal no transplantado renal	31
Relevância e Objectivos do Estudo	35
Metodologia de investigação	37
Resultados	45
Discussão	53
Conclusão	59
Bibliografia	61
Anexos	II

Índice de Tabelas

Tabela 1: Classificação KDIGO da IRC _____	13
Tabela 2: Caracterização da População – Variáveis Sociodemográficas _____	45
Tabela 3: Caracterização da População – Variáveis Clínicas _____	46
Tabela 4: Fiabilidade dos Instrumentos _____	47
Tabela 5: Disfunção nos Domínios do IIEF _____	48
Tabela 6: Patologia Associada à Disfunção Sexual _____	49
Tabela 7: Utilização de Fármacos Associados a Disfunção Sexual _____	50
Tabela 8: Relação Entre Imagem Corporal, Função Sexual e Satisfação Sexual _____	50
Tabela 9: Relação Entre Disfunção Erétil e Satisfação Sexual _____	51
Tabela 10: Relação Entre os Domínios de Satisfação do IIEF e a NSSS _____	51
Tabela 11: Análise MANCOVA de Disfunção Sexual e de Satisfação Sexual _____	52

Índice de Figuras

Figura 1– Modelo de Wilmoth sobre impacto da doença crónica na QoL, HRQoL e Sexualidade	26
Figura 2 - Enquadramento conceptual sobre o impacto da doença crónica na função sexual	27
Figura 3- Modelo conceptual de imagem corporal de Price	33
Figura 4 - Pontuação na subescala erecção do IIEF em função do tempo de transplantação	48

Índice de Anexos

Anexo 1 - Autorização da Comissão de Ética para a Saúde do CHLO _____	II
Anexo 2 - Autorização da Comissão de Ética e Deontologia da Investigação Científica da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia _____	IV
Anexo 3 - Autorização do Coordenador da Unidade de Transplantação Renal _____	VIII
Anexo 4 - Autorização do Director do Serviço de Nefrologia _____	IX
Anexo 5 - Questionário clínico a preencher pelo doente _____	X
Anexo 6 - Questionário clínico a preencher pelo investigador principal _____	XIV
Anexo 7 - <i>International Index of Erectile Function</i> (IIEF) _____	XVII
Anexo 8 - <i>New Scale of Sexual Satisfaction</i> (NSSS) _____	XXIV
Anexo 9 - <i>Body Image Scale</i> (BIS) _____	XXVI
Anexo 10 - <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI) _____	XXVII
Anexo 11 - Instruções de preenchimento _____	XXX
Anexo 12 - Consentimento informado para participação _____	XXXII

Introdução

A Andrologia, em Portugal, é uma área tradicionalmente associada à especialidade médica de urologia e estuda a patologia sexual e reprodutiva masculina. A diferenciação da Consulta de Andrologia teve início há largos anos no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), tendo eu assumido a sua coordenação desde há cerca de quatro anos. A divulgação desta consulta entre pares, associada a uma maior prevalência de doenças crónicas, tem gerado um aumento significativo de doentes com patologia de foro sexual a serem referenciados para essa consulta.

A Unidade de Transplantação Renal, integrada no Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, coordena toda a transplantação renal, desde a selecção dos doentes à realização do procedimento cirúrgico e instituição da terapêutica imunossupressora. A especialidade de Urologia colabora, como as diversas especialidades integradas no CHLO, com os conhecimentos técnicos específicos à sua formação, sendo crescente a referenciação de doentes transplantados renais do sexo masculino para a Consulta de Andrologia.

A realização deste trabalho é resultante do interesse do investigador na área clínica de Andrologia, o qual motivou a frequência do Mestrado Transdisciplinar de Medicina Sexual da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia. Encontra-se esta tese estruturada de acordo com as orientações da instituição, apresentando-se uma revisão teórica dividida em quatro capítulos sobre: *1. Insuficiência Renal Crónica (IRC) e Transplantação Renal*, *2. Resposta e disfunção sexual masculina*, *3. Transplante renal e disfunção sexual masculina* e *4. Imagem corporal no transplantado renal* seguindo-se a apresentação do processo metodológico de investigação, resultados, discussão e conclusões.

Capítulo 1. Insuficiência renal crónica e transplantação renal

O que é insuficiência renal crónica

O rim na sua capacidade de ultrafiltração do sangue para a depuração das moléculas nocivas para o funcionamento do organismo constitui um órgão fulcral da homeostasia humana (Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, 2013). A degradação progressiva da função renal é designada por insuficiência renal, definindo-se crónica quando se prolonga por um período superior a 3 meses de acordo com as *guidelines* desenvolvidas pela *National Kidney Foundation* publicadas inicialmente em 2012 e revistas em 2014 (Kidney Disease: Improving Global Outcomes [KDIGO] CKD Work Group, 2013; Morton & Webster, 2014). Sendo uma doença progressiva, a IRC diagnostica-se sempre que haja uma taxa de filtração glomerular estimada (eTGF) abaixo dos 60ml/min [classes 3a a 5 da classificação KDIGO (Tabela 1)], associada a uma repercussão na saúde do indivíduo (Inker et al., 2014; Levin et al., 2017). Sempre que possível, a determinação da etiologia é desejável, ainda que na maioria dos casos tal não seja concretizável (Levin et al., 2017).

Tabela 1

Classificação KDIGO da IRC (KDIGO CKD Work Group, 2013)

Estádio	Designação	eTGF (ml/min/1,73m ²)
G1	Normal ou elevada	≥90
G2	Ligeiramente diminuída	60-89
G3a	Moderadamente diminuída	45-59
G3b	Moderada a severamente diminuída	30-45
G4	Severamente diminuída	15-29
G5	IRC terminal	<15

Estima-se que a IRC tenha uma prevalência de cerca de 10% a nível mundial, sendo esta superior na Europa, América Latina, Ásia Oriental e Médio Oriente onde compromete aproximadamente 12% da população (Bello et al., 2017) representando um importante encargo financeiro nos sistemas de saúde a nível mundial (Hill et al., 2016). Em países desenvolvidos e com adequadas estruturas de saúde, como os Estados Unidos da América, a Noruega e a Inglaterra, tem-se verificado uma estabilização da prevalência da insuficiência renal na última década, enquanto que nos países em desenvolvimento emergente esses valores têm aumentado (Hsu & Powe, 2017; Hu & Coresh, 2017; Levin et al., 2017). Os dados

epidemiológicos mais recentes demonstram uma maior prevalência no sexo feminino, em idades mais avançadas e em doentes com comorbilidades como a hipertensão arterial (HTA) e a diabetes mellitus (DM) (Hill et al., 2016).

Apesar da elevada prevalência da insuficiência renal na população, a maioria dos doentes não progride para a fase terminal da doença (Classe 5 da classificação de KDIGO) que implica o recurso a terapêutica de substituição de função renal (Fraser & Blakeman, 2016; Webster, Nagler, Morton, & Masson, 2016). Diversas sociedades científicas internacionalmente reconhecidas publicaram guias de acompanhamento do doente com IRC, visando minimizar a progressão da doença para a fase terminal. Estas recomendações focam os cuidados clínicos nos seguintes aspectos:

- a) classificação da insuficiência renal com base na eTGF e na albuminúria, pelo seu valor prognóstico;
- b) controlo dos factores de risco para a IRC (controlo glicémico na DM, controlo farmacológico da HTA e evicção de substâncias nefrotóxicas), devido à sua repercussão na progressão da doença;
- c) redução dos episódios de insuficiência renal aguda, também pela sua influência na progressão da doença;
- 4) disponibilização de acesso a cuidados médicos especializados (Nefrologia) nas fases avançadas de doença renal crónica para optimização terapêutica e planeamento ou selecção da técnica de substituição da função renal futura (Fraser & Blakeman, 2016; KDIGO CKD Work Group, 2013; Levin et al., 2017; Taal, 2016; Webster et al., 2016).

A preocupação com o controlo da IRC prende-se com o seu impacto na sobrevida e qualidade de vida dos doentes. A doença renal crónica é um importante factor de risco para eventos cardiovasculares, morte cardiovascular, acidentes vasculares cerebrais e doenças oncológicas (Webster et al., 2016). Pelo carácter sistémico da IRC outros órgãos como o pulmão, o intestino e o sistema nervoso também podem sofrer alterações com alterações significativas e disfunção subsequente (Zoccali et al., 2017). A IRC está ainda associada a uma diminuição da qualidade de vida relacionada com a saúde, sendo esse impacto mais evidente nos indivíduos com IRC terminal com necessidade de terapêutica de substituição da função renal (Webster et al., 2016). Estas consequências são mais relevantes na percepção do doente sobre os efeitos da IRC nos domínios da actividade física, em especial nas idades mais jovens. Em termos

relativos, o doente com IRC reporta índices de qualidade de vida relacionados com a saúde equiparáveis aos doentes com doença oncológica metastizada (Morton & Webster, 2014).

Métodos de substituição de função renal

A progressão da IRC para a fase terminal apenas é compatível com a vida se introduzido um método de substituição da função renal. Actualmente estão disponíveis técnicas de diálise (diálise peritoneal e hemodiálise) e a transplantação renal como terapêuticas de reposição funcional renal. Globalmente, a maioria dos doentes efectua técnica dialítica. Esta atinge uma prevalência mundial de 280 por milhão de habitante face à transplantação que tem uma prevalência de cerca de 65 por milhão de habitante (Webster et al., 2016). Em Portugal, segundo os dados publicados no último relatório anual da *United States Renal Data System*, referentes a 2013, a insuficiência renal terminal tem uma prevalência de 1737 por milhão de habitantes. A hemodiálise é a técnica de diálise mais utilizada (93,7%). A prevalência de transplante renal é de 42,4 por milhão de habitantes, perfazendo um ratio de 38 transplantados renais por 1000 doentes dialisados (Saran et al., 2016).

A hemodiálise é executada mediante filtração do sangue através da sua exposição extracorporal a uma membrana semipermeável artificial, pela qual os solutos e a água se mobilizam em função dos gradientes de concentração no sangue e na solução de diálise. Pode ser realizada em ambiente hospitalar, em centros de hemodiálise e, se disponível a assistência técnica necessária, no domicílio. Implica a criação de um acesso vascular (fístula arterio-venosa, interposição arterio-venosa de prótese vascular ou cateter venoso central) e realiza-se de modo intermitente, o que possibilita a existência de dias livres sem tratamento na mesma semana. A diálise peritoneal utiliza o peritoneu (membrana semipermeável que reveste os órgãos intrabdominais) para exposição do sangue a solutos com elevada concentração de glucose e polímeros, promovendo a difusão de moléculas e fluidos através dos gradientes de pressão osmótica e oncótica. A sua realização implica a colocação de um cateter percutâneo para o espaço intraperitoneal por forma a ser feita a conexão do aparelho de diálise para entrada e saída das soluções de diálise. O doente realiza a técnica diariamente em ambulatório, o que lhe confere uma maior mobilidade (Correa-Rotter & Ramírez-Sandoval, 2014).

A transplantação renal é a técnica de eleição para o tratamento da IRC terminal com necessidade de substituição da função renal na ausência de contra-indicação para a sua

realização, uma vez que é a única modalidade com qualidade de vida e sobrevida similar à dos indivíduos sem IRC terminal (Robinson et al., 2016; Wyld, Morton, Hayen, Howard, & Webster, 2012). O enxerto renal é colocado na fossa ilíaca direita ou esquerda com realização das anastomoses vasculares (artéria e veia renal) aos vasos ilíacos do receptor e com a reimplantação do uréter na bexiga do doente. A colocação de um órgão desconhecido no organismo implica a introdução de regimes farmacológicos de imunossupressão por forma a minimizar a rejeição do enxerto pelo hospedeiro (Correa-Rotter & Ramírez-Sandoval, 2014). O regime farmacológico de imunossupressão preferencialmente prescrito no transplante renal inclui o anticorpo anti-CD25, o tacrolimus, o micofenolato de mofetil e um esteróide, de acordo com as linhas de orientação de imunossupressão no transplante renal propostas pelo *National Institute for Health and Care Excellence* (Nieto, Inston, & Cockwell, 2016).

A selecção da modalidade de substituição da função renal deve ser partilhada e planeada entre o médico e o doente e deve ponderar o enquadramento clínico, social e familiar do último (Morton & Webster, 2014; Robinson et al., 2016; Schmidt, 2017). O objectivo primário da substituição renal deverá ser focado no doente e não apenas em parâmetros analíticos. A decisão clínica no doente com IRC terminal deve ser baseada na qualidade de vida e não na sobrevida, propondo-se como objectivos terapêuticos: viver melhor, obter uma vida melhor e o tratar o individuo como um todo (Nissenson, 2014).

Tipos de transplante

O transplante renal em adulto é uma técnica cirúrgica que permite enxertar num organismo um rim proveniente de outro organismo. Em Portugal rege-se pela lei da transplantação (DL 12/93 de 22 de Abril) com as actualizações publicadas em Diário da República Portuguesa. No que respeita ao enxerto, os transplantes podem ser designados de dador vivo ou de dador cadáver, consoante o estado do dador. A realização de transplante pode ser realizada após introdução de outra técnica de substituição da função renal ou, com expressão crescente nos últimos anos, de modo *preemptive*, segundo o qual o rim é colhido em dador vivo e enxertado no receptor antes do surgimento dos sintomas da urémia da IRC terminal (Filipe, 2014; Nieto et al., 2016).

Dados epidemiológicos da transplantação renal em Portugal

Em Portugal, o Gabinete do Registo do Rim da Sociedade Portuguesa de Transplantação publicou os dados referentes à transplantação nacional numa compilação dos registos de transplante renal realizados entre 1980 e 2014, no qual foram incluídos 10976 transplantes (corresponde a 98,5% dos transplantes realizados em Portugal), sendo que aproximadamente 11.64% desses transplantes foram realizados no Hospital de Santa Cruz/Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. No ano de 2014, em Portugal, foram realizados 448 transplantes, dos quais 54 (12,05%) eram de dador vivo e 394 (87,95%) eram de dador cadáver. Globalmente, 63% dos enxertos foram realizados em doentes terminais de IRC do sexo masculino e 37% do sexo feminino. Os dados nacionais apontam para uma sobrevida do enxerto (n=10833) ao 1º ano de 83-92,4% e aos 5 anos de 66-81,3%, em relação com a data de realização do transplante. No que respeita à sobrevida do doente (n=10390) ao 1º ano é de 95,5-97,6% e aos 5 anos de 86,3-92,0% tendo em consideração o período em que ocorreu a transplantação (Filipe, 2014).

Apesar da melhoria de sobrevida e qualidade de vida da população transplantada face à diálise, o transplantado renal tem um maior risco de morte quando comparado com a população geral. A causa mais comum de morte no transplantado é a infeção, seguindo-se a doença cardiovascular e depois a doença oncológica (Nieto et al., 2016). Em Portugal, os dados estão em linha com os verificados internacionalmente, identificando-se, num total de 1848 óbitos com enxerto renal funcionante, como causa mais frequente de morte conhecida a infeção (24,46%), seguida de evento vascular major (22,61%) e de doença oncológica (15,53%) (Filipe, 2014).

Capítulo 2. Resposta e disfunção sexual masculina

Resposta sexual masculina

A resposta sexual é o ciclo de experiências físicas e subjectivas do ser humano desencadeado após motivação ou incentivo sexual (Basson, 2015). Os primeiros avanços na investigação da resposta sexual surgiram com os estudos de Kinsey (década de 40 do século XX) e mais tarde com os trabalhos de Masters e Johnson que documentaram a resposta fisiológica na actividade sexual e que revolucionaram a Sexologia enquanto ciência. Segundo a proposta destes autores, o ciclo de resposta sexual é linear e tetrafásico (Masters & Johnson, 1966). A primeira fase (excitação) surge na presença de um estímulo somatogénico ou psicogénico, que é determinante para a manutenção da tensão sexual necessária para o organismo progredir na resposta sexual. A fase seguinte (*plateau*) caracteriza-se pela acumulação e aumento da tensão sexual, até atingimento de um ponto de não-retorno que é o orgasmo (terceira fase) em que a tensão sexual é libertada através de uma resposta fisiológica vaso-motora centrada nas estruturas pélvicas e perineais (próstata, vesículas seminais e pénis), com o surgimento do reflexo da ejaculação, acompanhado de uma sensação subjectiva de prazer. A quarta, e última fase, é a resolução, permitindo o retorno do organismo a um estado desprovido de tensão sexual que, no sexo masculino, se associa a um período de refractariedade no qual é praticamente impossível o retorno para as fases de excitação ou *plateau* (Masters & Johnson, 1966). Fisicamente são diversas as respostas corporais ao longo do ciclo sexual, com dependência funcional de estruturas vasculares, hormonais e neurológicas. A erecção é a resposta fisiológica mais evidente nas fases de excitação e *plateau* enquanto que a ejaculação é um fenómeno em regra síncrono com o orgasmo (Celigoj, Coward, Timberlake, & Smith, 2016). A erecção e a ejaculação são os principais focos dos trabalhos de resposta sexual masculina publicados no âmbito da Medicina Sexual desde o surgimento da Sexologia enquanto ciência (Berry & Berry, 2013).

Diversos autores (Bancroft, 1999; Basson, 2001) apresentaram críticas e propuseram modificações a este modelo, nomeadamente no que diz respeito à mediação da resposta sexual pelo sistema nervoso central. Os modelos de *dual-control* de Bancroft (1999) e o modelo circular de resposta sexual de Basson (2001) vinculam a importância das estruturas neurológicas superiores no início e/ou manutenção da resposta sexual. Neste aspecto, Basson (2001) defende que a resposta genital não se traduz numa sucessão de fases como as propostas no modelo linear apresentado inicialmente por Masters e Johnson. A autora alerta

para o facto da motivação activadora da resposta sexual não ter de ser interna, podendo resultar de um estímulo externo que desencadeie a excitação. Assim, a activação deixa de estar na dependência do ‘desejo interno’, tradicionalmente aceite como precursor da resposta sexual, estando sim associado ao benefício da sensação de recompensa sexual percebida pelo sujeito. Nesta perspectiva, a resposta sexual masculina não se fixa apenas na resposta erétil ou ejaculatória, valorizando os aspectos relacionados com a motivação sexual (Basson, 2001, 2015). Numa tentativa de determinar qual dos modelos de resposta sexual (linear *versus* circular) é representativo da realidade masculina, avaliaram-se homens com e sem disfunção sexual e concluiu-se que a resposta sexual masculina é complexa e pode ser melhor compreendida pela identificação de associações entre factores psicológicos e as diferentes fases da resposta sexual de acordo com o modelo circular (Connaughton, McCabe, & Karantzas, 2016).

Saúde sexual e modelos de actuação

No âmbito das Ciências Biomédicas, o estudo da sexualidade humana tem investigado os mecanismos activadores e o modo como estes condicionam a resposta sexual masculina. Apresentado por Engel (1978), o modelo biopsicossocial defende uma perspectiva abrangente e integrativa do organismo num sistema. A caracterização de um fenómeno não se cinge ao estabelecimento de uma relação causa-efeito, mas implica uma validação da influência que factores externos ao sistema podem exercer no seu funcionamento interno (Engel, 1978). A aplicação em saúde deste modelo advoga que o bem-estar e a saúde física de cada sujeito são modelados pelas interações biológicas, psicológicas, bem como por factores sociais. Sendo um modelo com elevada minúcia na caracterização de um problema, a determinação de causalidade e a capacidade de predição de fenómenos são-lhe reduzidas, sendo estas as principais críticas apontadas para a sua aplicação em contexto clínico (Suls & Rothman, 2004). No âmbito da Medicina Sexual e da Sexologia, o modelo biopsicossocial é intuitivamente aplicado pela maioria dos clínicos na caracterização da história sexual, ainda que não o utilizem de um modo rígido, indo ao encontro das recomendações da *International Consultation of Sexual Medicine* que fomentam uma visão multidisciplinar na intervenção em saúde sexual (Berry & Berry, 2013). O modelo biopsicossocial está em concordância com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Associação Mundial de Sexologia. A OMS define a saúde sexual como o bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade que, por sua vez, é influenciada por factores biológicos,

psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (World Health Organization[WHO], 2006).

Disfunção sexual masculina

Em 2015, no âmbito da 4th *International Consultation on Sexual Medicine*, foi validado o conceito de disfunção sexual com base nas definições da *International Classification of Diseases (ICD)– 10* da OMS e do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5 (DSM-5)* da Associação Americana de Psiquiatria (APA). A OMS e a APA diferem entre si pelo facto dos diagnósticos de patologia sexual, apesar de se manterem enraizados ao modelo linear de resposta sexual, apresentarem perspectivas diferentes de abordagem aos problemas de saúde sexual (orgânica *versus* psicológica respectivamente). As versões mais recentes de ambas as organizações procuram relevar a importância do desejo na resposta sexual e apresentam uma abordagem biopsicossocial multidisciplinar diagnóstica em saúde sexual (McCabe et al., 2016). Actualmente está em processo de revisão a ICD pela OMS, preparando-se para publicar a 11ª versão ainda este ano sendo que, na versão preliminar divulgada *on-line*, tenta conjugar as perspectivas da OMS e da APA, definindo disfunção sexual como um síndrome caracterizado pelas dificuldades que um indivíduo adulto apresenta em realizar actividades sexuais com satisfação pessoal e na ausência de coerção (WHO, 2017). A resposta sexual é resultado de uma interação complexa de fenómenos psicológicos, interpessoais, sociais, culturais e fisiológicos, pelo que diversos factores podem afectar a sexualidade. Para serem consideradas como disfunção, as dificuldades sexuais têm de ocorrer com frequência (ainda que intermitente), têm de persistir por alguns meses e têm de assumir uma repercussão clínica significativa no sujeito (WHO, 2017). A ausência da noção dualística tradicional de órgão *versus* psique na definição de disfunção sexual compreende que diversos factores interferem directamente com a fisiologia sexual central ou periférica. Factores psicológicos como a personalidade, estratégias de *coping* e aspectos stressantes externos podem desencadear mecanismos imunes, inflamatórios, endocrinológicos e neurológicos. Do mesmo modo, a patologia médica pode ter repercussão psicológica com impacto na resposta sexual. Assim, qualquer um destes factores pode predispor, precipitar ou manter uma disfunção sexual e por isso todos devem ser considerados no contexto de saúde sexual (Basson & Weijmar Schultz, 2007).

Capítulo 3. Transplantação renal e disfunção sexual masculina

Doença crónica e qualidade de vida

A relação entre a qualidade de vida e a doença crónica é uma preocupação recente da história da medicina, acompanhando um importante desenvolvimento social da segunda metade do século XX, marcado pelo aumento da sobrevida global da população nas sociedades modernas (McSweeny & Creer, 1995; Pennacchini, Bertolaso, Elvira, & De Marinis, 2012). As políticas de saúde pública do mundo ocidental, visando a redução da mortalidade infantil e a prevenção e tratamento das doenças crónicas, mudaram o paradigma da medicina centrada na quantidade de vida para uma medicina focada na qualidade de vida (Bury, 1994). O aumento da sobrevida do doente crónico e a necessidade de adaptação a uma nova realidade reavivam os pressupostos da teoria das necessidades de Maslow e a sua aplicação em saúde (Ventegodt, Merrick, & Andersen, 2003). Esta modificação de estratégia em saúde despertou a necessidade de desenvolver indicadores socioeconómicos de medida do impacto dos problemas de saúde na qualidade de vida humana (Hamburguer, 1975). A investigação sobre qualidade de vida tem sido desenvolvida sob três grandes perspectivas, de acordo com as áreas de conhecimento que a realizam: a) felicidade e satisfação com a vida, b) satisfação das necessidades e 3) satisfação com a vida baseada na satisfação das necessidades (Mohit, 2014).

A qualidade de vida, ainda que universalmente subentendida nas variadas áreas científicas, económicas e sociais, é um conceito complexo e não transversal (Ferrans, 1990) pelo que foi desenvolvido um grupo de trabalho na OMS (*o World Health Organization Quality of Life Assessment Group - Whoqol*) que define que a qualidade de vida se refere à percepção que cada indivíduo assume na vida, num contexto cultural e num sistema de valores em que se integra, e que se relaciona com os seus objectivos, aspirações, padrões e preocupações (Whoqol Group, 1995). A qualidade de vida envolve seis grandes domínios da vida humana: domínio físico (corporal), domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais, todos eles devendo ser valorizados na construção de instrumentos de avaliação de qualidade de vida (Whoqol Group, 1995).

A qualidade de vida relacionada com a saúde (HRQoL) é uma designação divulgada nas ciências biomédicas que colmata a dificuldade de uniformização de conceitos de qualidade de vida nas diversas áreas científicas e sociais (McSweeny & Creer, 1995). A HRQoL utiliza indicadores com validade do ponto de vista clínico que podem ser utilizados em políticas

sociais e económicas nas áreas da saúde (Torrance, 1987). Neste sentido, a saúde, definida pela OMS como o completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a mera ausência de doença, é subvalorizada face à qualidade de vida de cada indivíduo, pelo facto da qualidade de vida conjugar a condição física (na presença ou não de doença) e a percepção subjectiva de bem-estar nas diversas dimensões do ser humano (cognitivas, emocionais e sociais) (Post, 2014). A avaliação de qualidade de vida adquiriu elevada relevância médica e económica, com especial foco nos itens relacionados com a existência de doenças e o bem-estar associado (Moons, Budts, & De Geest, 2006).

Estão publicados variados modelos integrativos sobre doença e qualidade de vida (Constanza et al., 2008; Felce & Perry, 1995; Post, 2014), bem como instrumentos para avaliar o bem-estar multidimensional no contexto de doença que, por se basearem em constructos subjectivos e sem um *gold-standard* para comparação e validação, devem ser escrutinados quando utilizados (Blome & Augustin, 2015). Os instrumentos permitem avaliar o impacto da doença por si, o efeito que uma terapêutica pode exercer após ser instituída ou a relação custo/benefício da sua aplicação (Kaplan & Ries, 2007). Os questionários não devem reflectir apenas a funcionalidade, mas também o impacto que a doença exerce no bem-estar multidimensional do indivíduo, atendendo a que escalas focadas na funcionalidade influenciam negativamente a HRQoL, nomeadamente se a patologia de base está associada a incapacidade, como uma amputação ou uma lesão vertebro-medular (Barofsky, 2012; Hall, Krahn, Horner-Johnson, & Lamb, 2011; Poradzisz & Florczak, 2013).

O modelo PROMIS (*Patient Reported Outcomes Measurement Information Systems*) tem sido desenvolvido ao longo dos últimos 13 anos, permitindo comparar os diversos domínios de qualidade de vida numa perspectiva biopsicossocial (Rothrock et al., 2010). Está em construção uma base de dados com informação auto-reportada de doentes crónicos e indivíduos sem patologia para validação de domínios de funcionalidade orgânica, saúde mental e integração social para aferição da HRQoL (Broderick, DeWitt, Rothrock, Crane, & Forrest, 2013). Independentemente da patologia de base, os indivíduos com doença crónica apresentam piores índices HRQoL (nas dimensões física, mental e social) face à população global não doente e estes tendem a ser ainda mais significativos na presença de comorbilidades ou de doenças sintomáticas (Rothrock et al., 2010).

Sexualidade e doença crónica

A saúde sexual refere-se ao bem-estar relacionado com a vivência da sexualidade nas suas múltiplas dimensões, sendo que o bem-estar sexual tem impacto na sensação subjectiva de qualidade de vida relacionada com a saúde (Flynn et al., 2016).

Diversos autores procuraram ao longo dos anos avaliar o impacto da doença na sexualidade, sendo os primeiros dados referentes às áreas de Psiquiatria (Slater, 1945) e Urologia (Rosenbloom, 1955). Posteriormente foram múltiplos os trabalhos desenvolvidos sobre a influência da doença crónica na sexualidade, nomeadamente no contexto de diabetes (Schoffling, Federlin, Dikschuneit, & Pfeiffer, 1963), IRC (Abram, Hester, Sheridan, & Epstein, 1975) ou da doença pulmonar obstrutiva crónica (Fletcher & Martin, 1982; Hanson, 1982). A educação sexual dos profissionais de saúde é muito importante para fomentar a reconstrução do autoconceito de sexualidade pelo doente crónico, promovendo a intimidade na relação sexual e desmistificando e explicando as preocupações sexuais que possam surgir (Watts, 1979).

Influenciado pelo modelo biopsicossocial, Jensen (1992) apresenta um modelo integrativo de contextualização da sexualidade no doente crónico baseado na importância de explorar factores somáticos, psicológicos, sociais e relacionais (incluindo parceria sexual e contexto familiar) como meio de caracterização da saúde sexual nestes doentes. Alerta ainda para a importância da educação dos profissionais de saúde para os problemas da sexualidade no doente crónico. Por sua vez, Wilmoth (2007) apresentou um constructo teórico sobre a relação da doença crónica com a qualidade de vida mediado pelas limitações associadas à patologia e/ou tratamentos a ela dirigidos, enquadrados no meio social, conjunto de valores, crenças e relacionamentos. A autora assume a sexualidade como um aspecto integrante da qualidade de vida global e daí conclui a importância de avaliar a sexualidade numa perspectiva holística no doente crónico (Figura 1).

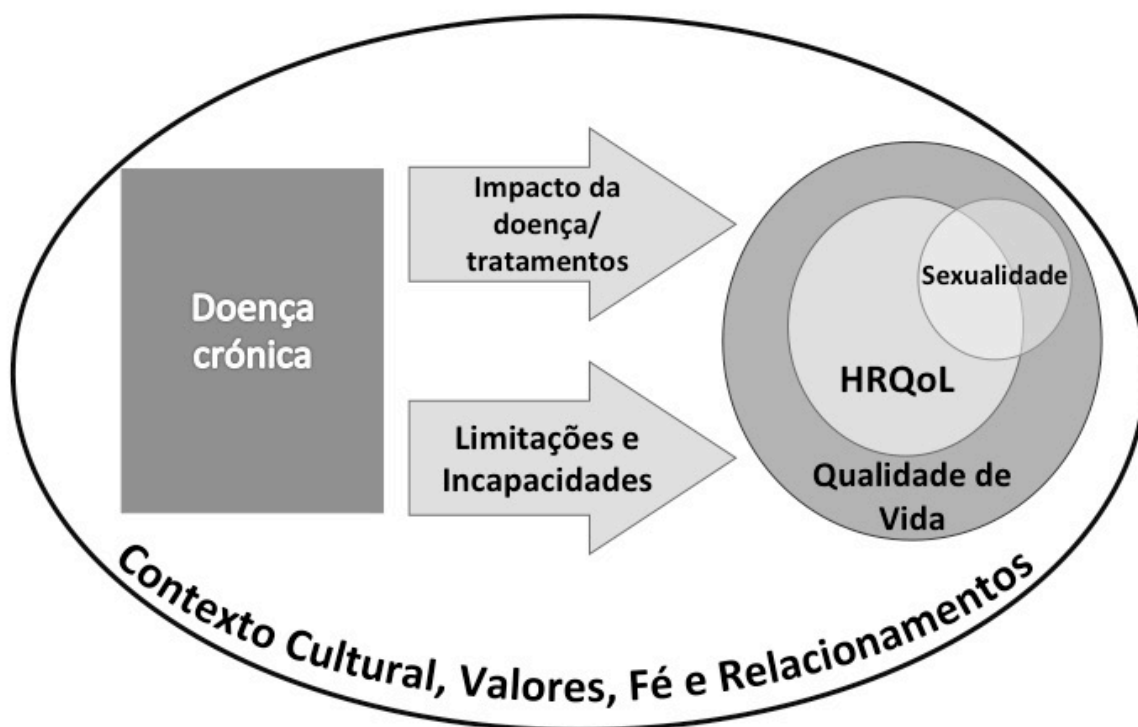


Figura 1– Modelo de Wilmoth sobre impacto da doença crónica na Qualidade de Vida, Qualidade de Vida Associada à Saúde (HRQoL) e Sexualidade (Wilmoth, 2007)

Verschuren, Enzlin, Dijkstra, Geertzen, & Dekker (2010), realizaram um enquadramento, baseado-se numa revisão não sistematizada da literatura científica, sobre a sexualidade na doença crónica. Partindo dos seguintes pressupostos:

- 1) a sexualidade é um fenómeno complexo multidimensional (biológico, psicológico, social e relacional);
 - 2) a doença crónica não se caracteriza apenas pela somatização e sintomas físicos;
- conceptualizaram que a doença crónica (semiologia da doença, o tratamento e complicações inerentes ao mesmo) poderia influenciar a condição física e o bem-estar do indivíduo e, através dessas alterações, modelar a resposta sexual e o bem-estar sexual. A doença por si mesma, implica um ajustamento psicológico, o qual poderá influenciar o próprio ou a relação conjugal do indivíduo e, desse modo, modificar a resposta ou o bem-estar sexual (Verschuren et al., 2010). (Figura 2)

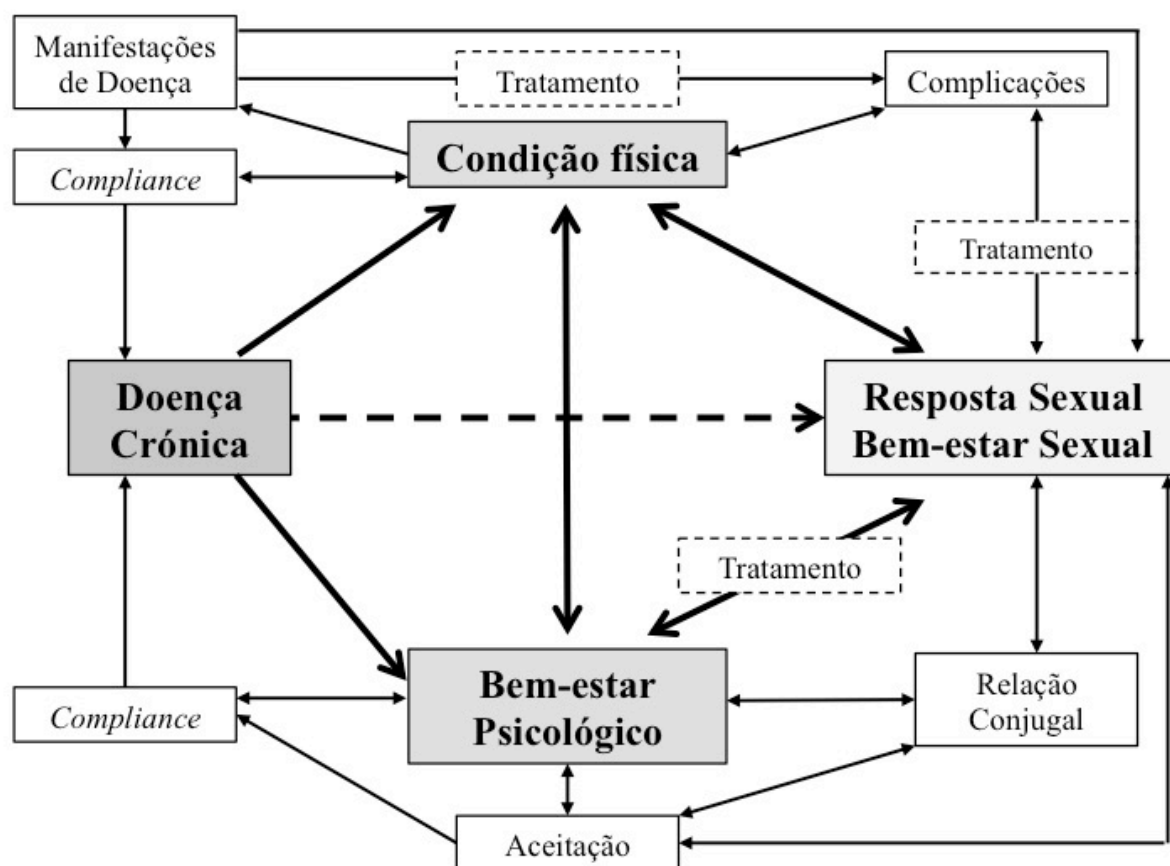


Figura 2 - Enquadramento conceptual sobre o impacto da doença crónica na função sexual (Verschuren et al., 2010)

Foi apresentado um estudo representativo da população global dos Estados Unidos da América sendo, na actualidade e de um ponto de vista epidemiológico, o estudo mais relevante publicado sobre sexualidade e QoL, tendo concluído que a saúde sexual e a satisfação com a vida sexual são modeladores da HRQoL e da QoL global, independentemente do estado de saúde (Flynn et al., 2016). Este trabalho verificou também que indivíduos com pior estado de saúde reportaram menor satisfação sexual. Os autores concluíram que os clínicos devem preocupar-se com a saúde sexual na avaliação de qualquer indivíduo, devido ao impacto que esta tem na qualidade de vida (Flynn et al., 2016). Estes dados vão ao encontro dos modelos acima descritos e apresentados por Wilmoth (2007) e Verschuren et al. (2010), e corroboram que a satisfação sexual, e não o desejo sexual, influencia a qualidade de vida (Chao et al., 2011). Existe também uma correlação positiva entre a rigidez na erecção (resposta sexual) e a qualidade de vida global e sexual (Mulhall, King, Glina, & Hvidsten, 2008). Os autores equacionam, no entanto, se essa relação não será

resultante de uma melhor *performance* vascular, atendendo ao reconhecimento de que a diminuição da rigidez peniana é um factor de risco para a doença cardiovascular na ausência de outras causas de disfunção sexual (Mulhall et al., 2008).

A disfunção sexual no transplantado renal

A disfunção sexual do transplantado renal é provavelmente resultante de variados factores fisiológicos e psicológicos (Mirone et al., 2009). Identifica-se uma elevada prevalência (30-50%) de disfunção erétil nos transplantados renais (Edey, 2017). Globalmente as investigações focam-se na resposta sexual, utilizando instrumentos de avaliação da mesma com pouco poder preditivo no que respeita ao impacto sobre a qualidade de vida. O *Internation Index of Erectile Function* (IIEF) tem sido o questionário mais utilizado para identificar disfunção sexual nos transplantados renais (Muehrer, 2009; Pertuz, Castaneda, Rincon, & Lozano, 2014). Em Portugal foi realizado um estudo unicêntrico, no qual se identificaram prevalências de disfunção erétil, com base no IIEF, de 45% e 60% consoante se se tratasse de transplantado de dador vivo ou dador cadáver, respectivamente (Branco et al., 2013). Quando aplicados questionários dirigidos para a qualidade do relacionamento sexual (não focados apenas na resposta sexual), nomeadamente contemplando a satisfação sexual, é mais evidente uma melhoria após a transplantação, face aos doentes com IRC terminal em diálise (Ghanta & Jim, 2016; Tavallai et al., 2009).

Muehrer (2009) realizou uma revisão da literatura onde evidencia não só a influência da morbilidade da IRC mas também das comorbilidades (cardiovasculares, psiquiátricas e iatrogências) que surgem no seguimento do transplantado renal e que podem condicionar a resposta sexual. Apesar de ser frequente a avaliação da qualidade de vida, incluindo a vida sexual, a maioria dos estudos dirigidos para a avaliação da disfunção sexual utiliza inquéritos baseados no modelo de resposta sexual linear e tendencialmente focados na função erétil ou na frequência da actividade sexual (Muehrer, 2009). Quando avaliada a saúde sexual e o seu impacto na HRQoL no transplantado renal, os principais factores encontrados com impacto negativo foram: a diminuição do interesse ou da capacidade para desencadear uma resposta sexual completa (61%) e as alterações da imagem corporal (biótipo e pilosidade corporal); sendo que ambos persistiam como moduladores da saúde sexual ao longo do tempo (Hricik et al., 2001; Matas et al., 2002). No transplantado renal, a redução do interesse pela actividade sexual, a diminuição de satisfação com a mesma ou a dificuldade em desencadear a excitação

sexual são problemas sexuais que se associam à existência de limitações na resposta sexual ou de psicopatologia (Raiz, Davies, & Ferguson, 2003).

A par do que se passa na IRC terminal pré-transplante, a disfunção sexual pós-transplante é multifactorial, estando relacionada com: 1) alterações fisiológicas instaladas na fase de doença renal crónica pré-transplante, 2) a presença de comorbilidades (como por exemplo o surgimento de diabetes mellitus ou de patologia hormonal), 3) a necessidade de implementação de terapêuticas dirigidas às comorbilidades ou 4) o surgimento de factores psicológicos com impacto negativo (Edey, 2017). Adicionalmente, com o transplante, podem surgir comorbilidades ou complicações que necessitem de terapêutica com influência negativa na função erétil, bem como no desejo, na excitação, na capacidade para atingir orgasmo, na satisfação sexual global e/ou na função ejaculatória (Pertuz et al., 2014).

Capítulo 4. Imagem corporal no transplantado renal

Organismo *versus* Corpo

Segundo Morais, Junqueira, & Montanari (2017), a definição de organismo transporta para uma dimensão biológica enquanto que o conceito de corpo remete para a interacção do organismo no meio. Este entendimento vai ao encontro da aplicação do modelo biopsicossocial na educação (por exemplo na educação sexual) que primariamente se foca na funcionalidade do organismo e posteriormente no modo de interacção do mesmo com o meio envolvente. No âmbito das ciências médicas esta diferenciação promoveu o reconhecimento dos conceitos de funcionalidade e de capacidade pela OMS, sendo o primeiro referente à condição biológica do organismo e o segundo referente ao enquadramento social do mesmo (Bickenbach et al., 2011). Neste sentido, a OMS desenvolveu um sistema integrativo de classificação das doenças, conjugando ambas as componentes – a *International Classification of Functioning, Disability and Health* – reconhecendo que a funcionalidade, os comportamentos e a qualidade de vida são aspectos determinantes na experiência individual de saúde no respectivo contexto biológico, social, pessoal e ambiental (Alford et al., 2014). Esta classificação tem vindo a ser progressivamente implementada no seguimento do doente crónico, modificando a perspectiva de cuidados de saúde tradicionalmente centrada no prestador para uma política de saúde dirigida para a qualidade de vida do doente (Alford et al., 2014). A redefinição de corpo e de corporeidade assumem uma ruptura perante o dualismo biomédico naturalista e simplista *corpo-mente*, representando uma nova visão baseada num modelo construtivista, dependente do contexto cultural, social e histórico (Ferreira, 2013). Esta evolução da perspectiva da corporeidade nas áreas biomédicas traduz o abandono de uma perspectiva biofuncional do organismo (Johnson, 2015), em prol do reconhecimento da interacção do organismo no meio ambiente e no qual se modifica e se identifica em função de aspectos contextuais (Ferreira, 2013).

Impacto da auto-imagem corporal na função sexual masculina

A imagem corporal de um indivíduo é um constructo multidimensional (Cash, 2011) resultante de uma triangulação entre o corpo real, o corpo ideal e a apresentação corporal (Price, 1990). Este último autor define o corpo real como a expressão fenotípica do organismo, sendo determinado geneticamente mas também regulado pelo meio envolvente e pelas alterações exercidas pelo envelhecimento, pela doença ou pelo consumo de substâncias. O corpo ideal é a imagem mental que cada indivíduo cria sobre o seu corpo e como ele deve ser.

A apresentação corporal corresponde ao modo como cada indivíduo revela o seu corpo ao exterior incluindo a marcha, os cuidados estéticos e a selecção de roupa. Este modelo teórico procura definir conceitos-chave para a investigação sobre imagem corporal na área da saúde, explicando os mecanismos de *coping* desencadeados perante uma alteração da imagem corporal nas diversas vertentes. Paralelamente destaca o papel preponderante da estrutura sociocultural, ambiental e interna de cada ser na construção e modificação da imagem corporal ao longo do seu tempo de vida (Figura 3) (Price, 1990).

A imagem corporal exerce um importante papel sobre o auto-conceito (Stowers & Durm, 1996). Uma imagem corporal positiva está associada a uma menor incidência de sintomas depressivos e à adopção de atitudes mais saudáveis para o corpo (Gillen, 2015). Surgiu, no âmbito das correntes positivistas das ciências psicossociais, o conceito de imagem corporal positiva como um constructo multidimensional, holístico, tendencialmente estável mas ajustável por meio de intervenção (do próprio ou de terceiros), provavelmente protetor e ligado à aceitação incondicional do corpo sob influência do meio sociocultural em que o organismo se integra (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). A imagem corporal parece exercer influência sobre a sexualidade, ainda que o modo como esta suceda não seja totalmente reconhecido (Cardoso, 2010; Rammsayer & Troche, 2013; WiederMan, 2011). Uma imagem corporal positiva associa-se a maiores índices de satisfação sexual masculina (Milhausen, Buchholz, Opperman, & Benson, 2015) e, por sua vez, a satisfação com a imagem corporal associa-se a funcionalidade sexual (P. Pascoal, Narciso, & Pereira, 2012; P M Pascoal, Raposo, & Oliveira, 2015). Saliente-se que parece haver uma preocupação masculina com o excesso de gordura, a diminuição da massa muscular e o tamanho reduzido do pénis no que se relaciona com a imagem corporal em contexto sexual (WiederMan, 2011).

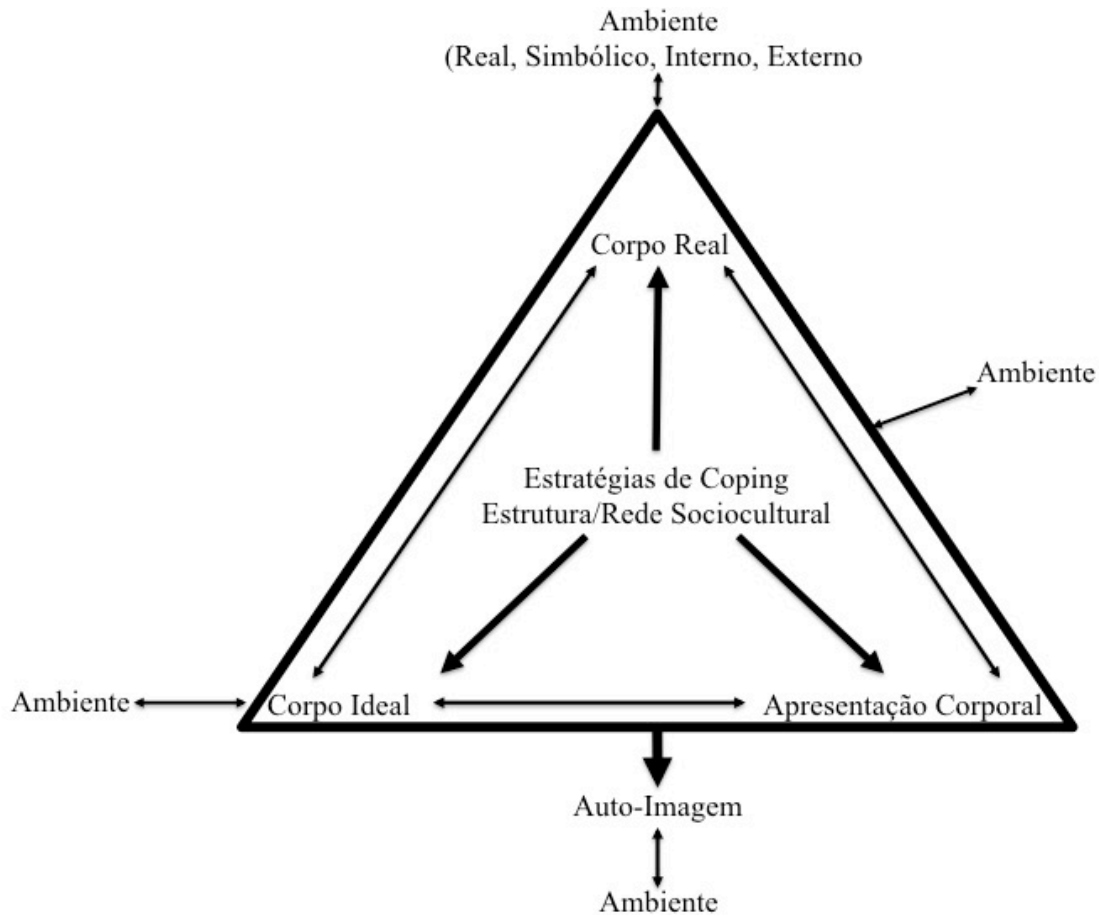


Figura 3- Modelo conceitual de imagem corporal de Price (Price, 1990).

Relevância da imagem corporal após a transplantação renal

A doença crónica pode modificar a imagem corporal exercendo impacto em distintos domínios da vida humana (De Pasquale, 2014). No contexto da doença oncológica, da amputação, da artrite reumatóide e da doença inflamatória do intestino surgiram inclusive trabalhos referentes às consequências sobre a função sexual. O impacto da doença crónica no corpo ocorre através de um conjunto de representações internas relacionadas com a imagem corporal, cuja expressão é variável em função da patologia, da idade do doente, do contexto psicossocial e das estratégias de *coping* mobilizadas face à doença. Essas alterações podem decorrer da semiologia e curso natural da doença, mas também dos efeitos iatrogénicos da terapêutica, podendo implicar alterações sensoriais ou de percepção (conforto), alterações da capacidade funcional (competência), alterações directas da imagem real ou alterações do curso previsível de vida associado ao envelhecimento que é modificado perante o surgimento da doença (Vamos, 1993).

A transplantação renal implica a colocação de um enxerto no organismo e isso acarreta uma adaptação metabólica e psicológica com a reconstrução da imagem corporal ajustada à integração do órgão no indivíduo. Do ponto de vista fenotípico, a transplantação renal cursa com diversas modificações relacionadas com: 1) o estado de IRC e da terapêutica de substituição renal realizada previamente à transplantação, 2) a cicatriz cirúrgica e o efeito de massa exercido pelo órgão colocado na fossa ilíaca e 3) pelos múltiplos efeitos secundários e adversos resultantes da imunossupressão realizada para prevenir ou tratar estados de rejeição clínica do enxerto (Beer, 1995). A imagem corporal dos transplantados é reportada como inferior à da população geral (Beer, 1995; Hricik et al., 2001; Zimbrian, 2015). Do ponto de vista psicológico, a integração do novo órgão, implica uma reconstrução interna com a representação mental do novo órgão e a sua conceptualização como parte integrante do corpo, acarretando um complexo processo de ajustamento e reconstrução da imagem corporal (De Pasquale et al., 2010; Severino, 1980). O transplantado renal é assim confrontado com um conjunto de alterações relacionadas com os conceitos de corpo, de vida, de morte e de qualidade de vida (Quintin, 2013). Os transplantados renais com maior insatisfação com a imagem corporal evidenciam piores índices de qualidade de vida e de angústia (Yagil et al., 2014). Por outro lado, a administração de drogas imunossupressoras condiciona alterações da pilosidade corporal, da percentagem de massa gorda e, frequentemente, da estrutura física (esta última associada à corticoterapia); e esses aspectos, nomeadamente em indivíduos mais jovens, provocam constrangimentos nos relacionamentos de intimidade e no desejo de construção de família e parentalidade (Lewis & Arber, 2015).

Relevância e Objectivos do Estudo

Atendendo à elevada prevalência de insuficiência renal na população geral e à crescente utilização da transplantação renal como método de substituição da função renal na população portuguesa, é evidente a necessidade dos prestadores de saúde avaliarem a repercussão desta terapêutica nas diversas dimensões da qualidade de vida do doente.

A sexualidade é um domínio da vida humana que condiciona a qualidade de vida global e que depende não só do funcionamento sexual (resposta sexual) mas também de factores não orgânicos como os contextos psicológico, relacional e social do indivíduo. Alguns modelos procuram explicar o efeito da doença crónica sobre a função e a satisfação sexual e, por via destas últimas, o impacto sobre a qualidade de vida global e HRQoL. É unanimemente reconhecida a elevada prevalência de disfunção erétil no transplantado renal, persistindo ainda por esclarecer se esta difere entre os recém-transplantados face àqueles de longa duração.

Paralelamente, a introdução do novo órgão no corpo humano produz alterações na percepção da imagem corporal verificando-se uma lacuna científica no que concerne ao seu impacto na sexualidade.

Com base numa amostra de transplantados renais seguidos na consulta pós-transplante do CHLO, o autor propõe-se a atingir os seguintes objectivos:

1. determinar a taxa de disfunção sexual após a colocação do enxerto renal, assumindo-se este como o objectivo primário do estudo;
2. avaliar se a função sexual se relaciona com a satisfação sexual e, atendendo à reconhecida elevada prevalência de disfunção erétil nos transplantados renais, se esta se relaciona com a satisfação sexual;
3. caracterizar a satisfação com a imagem corporal após o transplante renal e verificar se essa se relaciona com a função sexual e com a satisfação sexual;
4. determinar se variáveis biopsicossociais (idade, factores de risco cardiovascular, consumo de psicofármacos, bem-estar psicológico, imagem corporal e a existência de parceira/o sexual) moderam o efeito que o tempo pós-transplante exerce na função sexual e na satisfação sexual.

Metodologia de investigação

População

Este estudo fundamenta-se numa amostra de transplantados renais do sexo masculino, com idade igual ou superior a 18 anos, seguidos em consulta pós-transplante renal da Unidade de Transplantação Renal do CHLO e com mais de 4 semanas de transplante.¹

De acordo com as orientações clínicas da unidade, no seguimento do transplantado renal no CHLO, existe o agendamento de pelo menos uma consulta semestral, sendo o período até à consulta seguinte definido pelo nefrologista assistente, tendo em consideração a condição clínica e o tempo decorrido após a transplantação.

Hipóteses em estudo

H1: A disfunção erétil é mais prevalente no período inicial pós-transplantação renal (3 anos) do que posteriormente;

H2: O grau de satisfação sexual é mais elevado no período inicial após transplantação (3 anos) do que posteriormente;

H3: A auto-imagem corporal após transplante está relacionada com a função sexual;

H4: A auto-imagem corporal após transplante está relacionada com a satisfação sexual;

H5: A função sexual no transplantado renal está relacionada com a satisfação sexual;

H6: A influência do tempo após transplantação sobre a função sexual e sobre a satisfação sexual é moderada por diversas características clínicas, psicológicas e sociais do ser humano.

Protocolo de investigação

O projecto de investigação elaborado foi apresentado, em sessão pública, na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, na presença do orientador de tese, o Professor

¹ A Unidade Transplantação Renal do CHLO não recomenda a realização de actividade sexual durante o primeiro mês após a cirurgia.

Doutor Jorge Cardoso, aos elementos do corpo docente do Curso de Mestrado Transdisciplinar de Sexologia.

Foram solicitados pareceres de autorização de execução do projecto de investigação à Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (CESCHLO) (Anexo 1) e à Comissão de Ética e Deontologia da Investigação Científica da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia obtendo-se parecer favorável de ambas as comissões (Anexo 2) dado o compromisso de confidencialidade e protecção de dados estar em concordância com os princípios da Declaração de Helsínquia (versão de 2013) emitida pela *World Medical Association* (World Medical Association, 2013) e adoptada pela Comunidade Europeia para aplicação no âmbito de protocolos de investigação.

Considerando que o objecto do estudo eram os doentes da Unidade de Transplantação Renal do Centro Hospitalar de Lisboa ocidental, EPE que se encontra integrada no Serviço de Nefrologia da mesma instituição, foi solicitada a autorização de implementação do protocolo ao Coordenador da Unidade de Transplantação Renal, o Dr. Domingos Machado (Anexo 3), e ao Director do Serviço de Nefrologia, o Dr. José Diogo Barata (Anexo 4).

A investigação em sexologia é dependente da colaboração da população alvo do estudo e da sua disponibilidade para o preenchimento de questionários sobre aspectos privados e relacionados com a sua vida íntima (Giuliano, 2013). A utilização de questionários em papel de autopreenchimento sem entrevistador foi o método seleccionado por forma a facilitar a aquisição de dados e a melhorar a acuidade das respostas, reduzindo assim questões relacionadas com o receio da expectativa ou a sobrevalorização da actividade sexual face à existência de um entrevistador, indo ao encontro das metodologias de investigação recomendadas em sexologia publicadas por outros autores (Schroder, Carey, & Venable, 2003; Spark et al., 2015). De referir que o método com melhor acuidade e menor custo reportado é a aplicação dos questionários de autopreenchimento sem entrevistador e em suporte electrónico (Spark et al., 2015) mas que, por limitações financeiras e de aplicabilidade na Unidade de Transplantação Renal do CHLO, tal não foi exequível.

A operacionalização da investigação foi efectuada mediante a aplicação/preenchimento de instrumentos de resposta rápida, tendo-se elaborado dois questionários clínicos: um para preenchimento pelo doente e outro para preenchimento pelo investigador. No questionário a preencher pelo doente solicitavam-se dados sociodemográficos, antecedentes relacionados com a IRC e a transplantação, dados da história sexual do indivíduo após o transplante e questões relacionais, nomeadamente a existência de parceira/o sexual (Anexo 5). O questionário clínico, para preenchimento médico, incluía informações relacionadas com antecedentes pessoais de carácter clínico, como a existência de factores de risco cardiovascular ou psiquiátricos, o consumo de fármacos associados a disfunção sexual, o regime de imunossupressão e os dados relacionados com o transplante que motivaram o seguimento na consulta pós-transplante da unidade de referência. Este questionário foi preenchido pelo investigador principal mediante o acesso aos registos nas plataformas electrónicas utilizadas no CHLO para apoio à actividade clínica (SClinic, PEM e CPCHC), permitindo a colheita de todo o historial terapêutico e clínico considerado relevante para o estudo (Anexo 6).

Foram utilizados quatro instrumentos publicados na literatura científica com versão previamente validada para a língua e população portuguesa:

1. *International Index of Erectile Function* (IIEF) – Anexo 7
2. *New Scale of Sexual Satisfaction* (NSSS) – Anexo 8
3. *Body Image Scale* (BIS) – Anexo 9
4. *Brief Symptom Inventory* (BSI) – Anexo 10

A autorização de utilização foi solicitada ao autor de correspondência referido na publicação de cada uma das escalas utilizadas, obtendo-se a mesma relativamente a todos os instrumentos.

O convite à participação no estudo foi realizado pela equipa de enfermagem da consulta de seguimento de transplante renal que efectua uma entrevista a todos os doentes previamente à consulta médica. Assim, todos os transplantados do sexo masculino, com tempo de transplante superior a 4 semanas e que se apresentaram para consulta pós-transplante entre o dia 1 de Maio de 2016 e 31 de Agosto de 2016 foram convidados a participar no estudo. Esse convite era realizado verbalmente e fazia-se acompanhar da entrega de um envelope para

autopreenchimento anónimo e em privado, contendo em formato de papel os seguintes documentos:

- a) instruções de preenchimento com o contacto electrónico do investigador principal em caso de dúvida (Anexo 11);
- b) documento de consentimento informado para participação com uma súmula da investigação e dos seus objectivos, datado e assinado pelo investigador principal com referência à cédula profissional do mesmo e com os requisitos definidos pela CESCHLO para implementação do estudo (Anexo 12);
- c) questionário clínico para preenchimento pelo doente (Anexo 5);
- d) Instrumentos de investigação: escalas BIS, BSI, IIEF e NSSS (Anexos 7 a 10).

A devolução do questionário foi realizada por iniciativa do próprio doente a qualquer elemento da Unidade de Transplantação Renal, identificando-se o envelope com código que possibilitasse ao investigador principal aceder às informações de cariz clínico, de modo confidencial, registadas nas diversas plataformas electrónicas em uso no CHLO.

O processo de recolha de informação não teve qualquer implicação ou recompensa financeira para os elementos da Unidade de Transplantação Renal, para o CHLO ou para a Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, sendo esse assumido na totalidade pelo investigador. Também não houve qualquer género de recompensa para os indivíduos que responderam ao questionário.

Instrumentos de investigação

IIEF (Anexo 7)

O IIEF é um questionário de auto-resposta desenvolvido para avaliação da função erétil (Rosen et al., 1997). Aplica-se a adultos do sexo masculino com actividade sexual nas 4 semanas anteriores ao preenchimento, tendo sido criado para relacionamentos heterossexuais, embora, actualmente, já seja utilizado em populações com diversas orientações sexuais. É composto por 15 questões, utilizando uma escala de Likert, por forma a avaliar diferentes domínios da resposta sexual masculina: o desejo sexual, a erecção, o orgasmo, a satisfação sexual e a satisfação global. A escala é frequentemente utilizada no âmbito de investigação em Sexologia e quanto maior a pontuação global melhor a função erétil, encontrando-se o instrumento validado para a língua portuguesa (Quinta Gomes & Nobre, 2012). A sua aplicação prévia em indivíduos transplantados renais em Portugal considerou que pontuações

iguais ou superiores a 25 excluem disfunção erétil, pontuações entre 16 e 24 sugerem disfunção erétil ligeira e se iguais ou inferiores a 15 remetem para disfunção erétil moderada/grave (Barroso et al., 2008). No entanto, a publicação original difere em relação a esta publicação na classificação da gravidade da disfunção erétil, determinando-a de moderada/severa quando a pontuação da subescala de erecção do IIEF for igual ou inferior a 12 pontos, tendo-se optado pela aplicação deste critério (Rosen et al., 1997).

NSSS (Anexo 8)

A NSSS é um instrumento recentemente desenvolvido e que, face à maioria dos instrumentos no domínio da Sexologia, se diferencia pela possibilidade de ser utilizado independentemente do género, orientação sexual ou contexto relacional (Stulhofer, Busko, & Brouillard, 2010). Existe uma versão validada para a população portuguesa desde 2015, sendo composta por 20 itens de resposta rápida numa escala de Likert (Santos Pechorro et al., 2015). Pontuações mais elevadas associam-se a melhores índices de satisfação sexual, sendo um instrumento multidimensional que avalia simultaneamente as sensações sexuais, o foco e a atenção sexual, as trocas sexuais, a proximidade emocional e a atividade sexual (Santos Pechorro et al., 2015).

BIS (Anexo 9)

A BIS foi aplicada para avaliar a satisfação com a imagem corporal após a transplantação renal. Trata-se de um instrumento desenvolvido no âmbito da oncologia, tendo inicialmente sido aplicado a doentes com tumores ginecológicos e da mama, do cólon, do testículo e linfomas (Hopwood, Fletcher, Lee, & Al Ghazal, 2001). No estudo de validação da escala original foram avaliados homens e mulheres. A versão portuguesa da escala foi validada em 2010, com uma amostra de mulheres com tumor da mama submetidas a diferentes técnicas cirúrgicas (Moreira, Silva, Marques, & Canavarro, 2010). É um instrumento de autopreenchimento, com 10 itens cotados numa escala de Lickert pontuada de 0 a 3, sendo que quanto maior for a pontuação, maior será a insatisfação com a imagem corporal. Não existe um ponto de corte validado para a escala original ou para as diferentes versões subsequentes. O questionário já foi utilizado noutras patologias não oncológicas, como na doença inflamatória do intestino (Jedel, Hood, & Keshavarzian, 2015; McDermott et al., 2014), no prolapso de órgãos pélvicos (Mamik, Rogers, Qualls, & Komesu, 2013) e no tabagismo crónico (Fingeret, Vidrine, Arduino, & Gritz, 2007). A selecção do instrumento privilegiou ainda o facto da escala permitir avaliar a satisfação com a imagem corporal no

contexto de uma doença crónica – a transplantação renal – que implica uma cicatriz cirúrgica e a administração crónica de imunossuppressores, ambas associadas a modificações na imagem corporal.

BSI(Anexo 10)

O BSI é um inventário de sintomas psicopatológicos desenvolvido por Derogatis em 1982 que avalia a presença de sintomatologia psicológica em nove dimensões distintas: somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo (Canavarro, 2007). A versão validada para a população portuguesa pode ser aplicada a indivíduos com idade mínima de 13 anos. O questionário é de autopreenchimento, utiliza uma escala de Likert pontuada de 0 a 4, em que o zero corresponde a ausência de incómodo pelo item avaliado e o quatro sinaliza um incómodo significativo identificado pelo sujeito na semana anterior à avaliação (Canavarro, 1999). O questionário pode ser utilizado em indivíduos sem patologia conhecida, com patologia de foro psiquiátrico e/ou emocionalmente perturbados (Canavarro, 2007).

A cotação do teste pode ser realizada com base na pontuação total de cada uma das dimensões psicológicas ou num de três índices apresentados pelo autor: o índice geral de sintomas, o total de sintomas positivos e o índice de sintomas positivo (ISP). Este último foi identificado pela autora da validação portuguesa como a melhor subescala para identificação das pessoas emocionalmente perturbadas (se $ISP \geq 1.7$) e é determinado pela razão entre o somatório das pontuações e o número de itens assinalados com uma pontuação diferente de zero (Canavarro, 2007).

Análise estatística

A análise estatística efectuou-se com recurso ao *software* estatístico – IBM SPSS versão 22.0.

Para proceder ao tratamento estatístico, optou-se pela imputação de *missings*, de acordo com o método média de série quando a percentagem de respostas incompletas fosse inferior a 10% para cada um dos seguintes instrumentos: BIS, IIEF e NSSS.

Definiram-se como variáveis independentes o tempo após a transplantação renal e como variáveis dependentes a função erétil e a satisfação sexual.

Na análise univariada, a análise de variáveis contínuas de acordo com duas categorias foi feita utilizando um *t-test* desemparelhado. A análise de variáveis contínuas de acordo com mais de duas categorias foi feita utilizando uma análise de variância (ANOVA), seguida de *post-hoc* Sidak no caso de significância estatística. As variáveis nominais foram analisadas utilizando um teste chi-quadrado e a correção de Bonferroni foi usada sempre que necessário. Na análise multivariada utilizou-se uma análise multivariada de covariância (MANCOVA) com 2 variáveis dependentes – IIEF e NSSS –, e 6 covariáveis – idade, número de factores de risco cardiovascular, ISP do BSI, pontuação de BIS, existência de parceira/o sexual e consumo de psicofármacos. A variável independente foi o tempo após transplantação comparando ≤ 36 meses com > 36 meses. Um valor de $p < 0.05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Resultados

Na consulta pós-transplante renal do CHLO, em 2016, foram acompanhados 801 doentes, dos quais 527 eram do sexo masculino. No período de investigação definido identificaram-se 460 potenciais respondedores atendendo aos critérios de inclusão. Foram devolvidos 125 envelopes (taxa de resposta de 27,2%), dos quais 112 estavam devidamente preenchidos. As variáveis sociodemográficas e clínicas da população em estudo apresentam-se nas Tabelas 2 e 3.

Tabela 2

Caracterização da População – Variáveis Sociodemográficas

Variáveis	M (SD)	N (%)
Idade	55.5 (11.4)	
Habilitações Literárias		
4º ano		41 (37.3)
6º ano		10 (9.1)
9º ano		24 (21.8)
12º ano		18 (16.4)
Frequência Universitária		4 (3.6)
Licenciatura		9 (8.2)
Mestrado/Doutoramento		4 (3.6)
Contexto relacional		
Casado		73 (67.0)
União de facto/Coabitação		12 (11.0)
Namoro		3 (2.8)
Separado/Divorciado		9 (8.3)
Viúvo		5 (4.6)
Não se aplica/Sem relação		7 (6.4)
Existência de parceira/o sexual		86 (78.2)

Tabela 3

Caracterização da População – Variáveis Clínicas

Variáveis	N (%)
Modalidade de substituição renal pré-transplante	
Hemodiálise	83 (74.1)
Diálise peritoneal	18 (16.1)
Transplante renal	2 (1.8)
<i>Pre-emptive</i>	9 (8.0)
Tempo de transplante	
<36 meses	42 (37.5)
≥36 meses	70 (62.5)
Tipo de enxerto	
Dador vivo	19 (18.4)
Dador cadáver	84 (81.6)
Tempo de início da actividade sexual pós-transplante	
<1º mês	23 (20.5)
2º mês a 6º mês	52 (46.4)
6º mês a 1º ano	18 (16.1)
1º ano a 5º ano	6 (5.4)
5º ano a 10º ano	2 (1.9)
Não sabe/Não respondeu	11 (9.8)

A quase totalidade da população (97.3%) sinalizou ser casado ou viver em união de facto. Todos os indivíduos se classificaram como ‘exclusivamente heterossexual’ e 78.2% mencionaram a existência de parceira sexual [única/exclusiva em 86,3% (n=88) dos mesmos].

Os instrumentos utilizados (BIS, BSI, IIEF e NSSS) apresentaram uma fiabilidade estatisticamente significativa (Tabela 4). Os instrumentos multidimensionais utilizados apresentaram uma consistência interna, através de α -Cronbach >0.70 , que permitiu validar, nesta amostra, a função sexual (IIEF), a satisfação sexual (NSSS) e a presença de sintomatologia psicopatológica (BSI).

Tabela 4

Fiabilidade dos Instrumentos

Questionário	α -Cronbach
BIS	0,884
BSI	0,957
IIEF	0,964
NSSS	0,977

IIEF

O IIEF é um questionário multidimensional da função sexual com 5 subescalas referentes aos domínios erecção, orgasmo, desejo sexual, satisfação sexual e satisfação global. A cotação do teste permite classificar os indivíduos em cada um dos domínios em não disfuncionais ou com disfunção ligeira/moderada ou moderada/severa.

O domínio de função erétil é o que tem maior expressão no instrumento (6 questões). Obteve-se uma taxa de disfunção erétil de 66,1% (IIEF-Subescala erecção <25 pontos), reportando a maioria destes disfunção moderada/severa (Tabela 5). A disfunção nos domínios do desejo, orgasmo e satisfação também foi bastante prevalente na amostra estudada. Quando realizada a transplantação há mais ou menos de 36 meses, avaliou-se a gravidade da disfunção erétil entre os dois grupos mediante a pontuação obtida no domínio de erecção do IIEF. Foi aplicado um teste de chi-quadrado, não se identificando diferenças na distribuição da gravidade da disfunção erétil em função do tempo pós-transplantação $\chi^2(2, N=112)=5.102, p=0.078$ (Figura 4).

Tabela 5

Disfunção nos Domínios do IIEF

Subescalas IIEF	N(%)		
	Ausente	Ligeira/moderada	Moderada/severa
Função erétil	38(33.9)	25(22.3)	49 (43.8)
Função orgásmica	49(43.8)	13(11.6)	50(44.6)
Desejo sexual	39 (34.8)	55(49.1)	18(16.1)
Satisfação sexual	13(11.6)	55(49.1)	44(39.3)
Satisfação global	27(24.1)	46(41.1)	39(34.8)

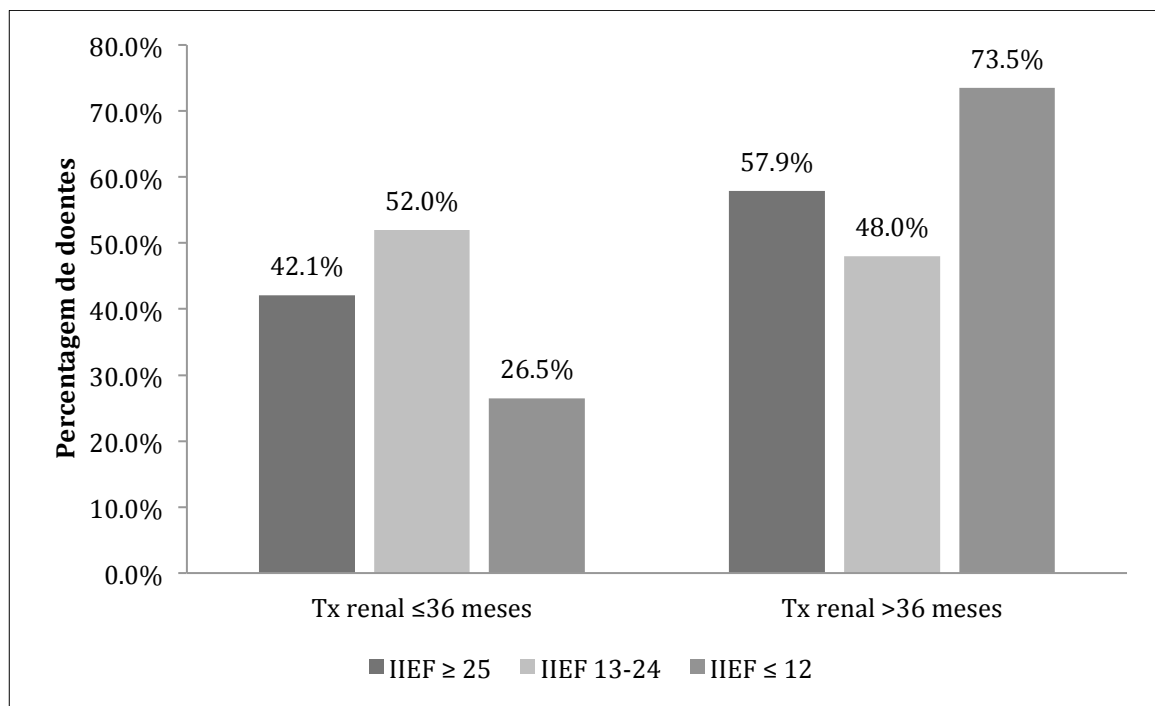


Figura 4 - Pontuação na subescala erecção do IIEF em função do tempo de transplantação.

Tabela 6

Patologia Associada à Disfunção Sexual

	N (%)
Patologia da tireóide	5 (4.5)
Fatores de risco para a doença cardiovascular (FRCV)* - número	
1	30 (26.8)
2	32 (28.6)
3	30 (26.8)
4	13 (11.6)
5	2 (1.8)
6	2 (1.8)
Doença oncológica	16 (14.3)
Psicopatologia	31 (27.7)

*Número de fatores de risco cardiovascular (FRCV): Diabetes mellitus (DM), doença cerebrovascular, hipertensão arterial (HTA), obesidade, cardiopatia isquêmica, doença arterial periférica, dislipidemia e tabagismo.

Quando investigada a presença de factores de risco para disfunção sexual, verificou-se que os cardiovasculares eram os mais prevalentes (97.3%) seguidos da existência de psicopatologia (27.7%) (Tabela 6). Estratificando os transplantados pelo número de factores de risco cardiovascular, de acordo com os critérios de *Princeton III* (Nehra et al., 2012), 42.0% (n=47) apresentaram 3 ou mais factores de risco cardiovascular. O consumo de fármacos associados à disfunção sexual foi avaliado mediante a classe farmacológica, agregando-se nos psicofármacos diversos grupos terapêuticos como os antidepressivos, antipsicóticos, neurolépticos e fármacos com actividade modificadora da actividade neuronal. Os beta-bloqueantes foram a classe terapêutica mais identificada nesta população (48,2%, n=52), seguindo-se o consumo de psicofármacos e os alfa-bloqueantes (Tabela 7).

Tabela 7

Utilização de Fármacos Associados a Disfunção Sexual

Classe terapêutica	N (%)
Psicofármacos	31 (27.7)
Beta-bloqueantes	54 (48.2)
Alfa-bloqueantes	26 (23.2)
Inibidores do eixo LHRH*-testosterona	9 (8.0)

*Hormona libertadora de luteoestimulina

Satisfação sexual

Não existindo um ponto de corte da NSSS que defina a existência ou não de satisfação sexual, as inferências estatísticas, atendendo aos constructos equacionados previamente, procuraram caracterizar a relação entre funcionamento sexual e satisfação sexual. Globalmente, identificou-se uma correlação significativa e positiva entre o funcionamento sexual e a satisfação sexual ($r=.598$; $p<.01$; $n=112$) (ver Tabela 8). Verificou-se uma diferença significativa na pontuação da NSSS ($t(110) = \text{valor}$; $p<0.001$) entre os doentes com disfunção erétil ($M = 52.32$; $DP = 22.84$) e sem disfunção erétil ($M=74.18$; $DP =15.78$) (Tabela 9). Também se identificou uma correlação significativa e positiva entre as subescalas dos domínios de satisfação do IIEF e a NSSS (Tabela 10).

Tabela 8

Relação entre Imagem Corporal, Função Sexual e Satisfação Sexual

	2.	3
1. BIS Total	-.193*	-.121
2. IIEF Total	—	.598**
3. NSSS Total		—

* $p<0,05$; ** $p<0,01$

Tabela 9

Relação entre Disfunção Erétil e Satisfação Sexual

	IIEF(Subescala Ereção)		<i>T</i>	df
	<25	≥25		
NSSS	52.32 (22.84)	74.18 (15.78)	5.926*	110

* $p < 0,001$

Tabela 10

Relação Entre os Domínios de Satisfação do IIEF e a NSSS

	NSSS
1. IIEF Satisfação Sexual	.522*
2. IIEF Satisfação Global	.512*

* $p < 0,01$ *Imagem Corporal*

Constatou-se uma correlação negativa¹, ainda que fraca, entre a percepção da imagem corporal e o funcionamento sexual ($r = -.193$; $p < .05$; $n = 112$) não se encontrando uma correlação estatisticamente significativa entre a imagem corporal e a satisfação sexual ($r = -.121$; $p = 0.204$; $n = 112$) (ver Tabela 9).

Análise Multifactorial

Os resultados da MANCOVA demonstraram que o tempo de transplante não tem efeitos significativos no funcionamento ou na satisfação sexual na amostra avaliada (Tabela 11). No entanto confirmou-se que a idade, a existência de parceira/o e o consumo de psicofármacos

¹ A pontuação é realizada de modo invertido nas escalas BIS e IIEF, sendo que valores mais reduzidos de BSI se associam a uma percepção de imagem corporal mais satisfatória enquanto que valores mais reduzidos do IIEF traduzem maior disfunção sexual.

moderam o impacto do tempo de transplante no funcionamento sexual. Relativamente à satisfação sexual, apenas a idade apresentou um efeito moderador sobre o impacto que o tempo de transplante exerce sobre a mesma.

Tabela 11

Análise Multifactorial de Covariância de Disfunção Sexual e de Satisfação Sexual

Variável	≤ 36 meses (n = 42) (M; SD)	> 36 meses (n = 67) (M; SD)	MANCOVA		
			F (df)	p	η^2_p
IIEF	(45.10; 21.11)	(40.67; 23.36)	0.985 (107)	0.323	0,010
NSSS	(60.00; 21.10)	(62.13; 21.62)	1.003 (107)	0.319	0,010
Idade	(54.02; 11,20)	(56.31; 11,49)	5.635 (107)	0,001**	0.187
Nº de FRCV	<3: 59.5%	<3: 57.1%	1.928 (107)	0.112	0.073
ISP	(1.612; 0.472)	(1.641; 0.461)	1.048 (105)	0.387	0.041
BIS	(4.86; 5.96)	(5.30; 5.50)	2.569 (107)	0.043*	0.095
Existência de parceira/o	Sim=73.8%	Sim=80.9%	4.131 (105)	0.004*	0.144
Consumo de psicofármacos	(0.43; 0,99)	(0.57; 1,02)	2.546 (107)	0.044*	0.094

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

FRCV: Diabetes mellitus (DM), Doença cérebro-vascular, hipertensão arterial (HTA), obesidade, cardiopatia isquêmica, doença arterial periférica, dislipidemia e tabagismo.

Discussão

A taxa de resposta neste estudo foi inferior a 30%, acompanhando uma tendência verificada ao longo das últimas duas décadas no domínio de investigação sobre sexualidade e de outras áreas científicas em que a taxa de não-respondedores tem aumentado significativamente (Wallander, Tikkanen, Mannheimer, Östergren, & Plantin, 2015). Este aspecto, ainda que importante do ponto de vista da representatividade do estudo, não deverá inviabilizar a obtenção de conclusões perante os resultados obtidos.

A taxa de disfunção sexual neste estudo apresenta-se globalmente elevada nos diversos domínios do IIEF, sendo o domínio da erecção particularmente expressivo pelo seu poder diagnóstico e discriminatório para a disfunção erétil (Hatzichristou et al., 2016). Estudos com transplantados renais apresentam uma grande disparidade na prevalência de disfunção sexual (36% a 60%) e com dificuldades de interpretação dos mesmos, em termos comparativos, pela utilização de distintos instrumentos de avaliação (Raggi et al., 2012). O impacto que a disfunção sexual exerce na qualidade de vida é determinante para os índices de satisfação de vida global no doente transplantado (Matas et al., 2002), sendo influenciado não só pela disfunção erétil mas também por outros domínios da função sexual avaliados pelo IIEF e que nesta amostra demonstraram pontuações compatíveis com a disfuncionalidade. O envelhecimento (com uma idade média >50 anos nesta amostra) poderá explicar esta elevada prevalência, como outros autores referenciaram previamente (Tavallai et al., 2009), ainda que a expectativa global após a transplantação seja de melhoria da qualidade de vida e da sexualidade. Alguns trabalhos encontraram uma correlação positiva entre o perfil hormonal dos doentes transplantados e a disfunção sexual, verificando uma normalização pós-transplante dos níveis de prolactina e testosterona em provável relação com a ausência, após optimização da função renal, da toxicidade da urémia sobre o eixo hipotálamo-hipófisário (Antonucci et al., 2015; Lasaponara et al., 2004; Pertuz et al., 2014). Este efeito positivo, teoricamente, teria principal impacto nos domínios do desejo sexual e da função erétil, mas neste trabalho tal não se identificou, a par dos dados apresentados pelos estudos portugueses prévios (Barroso et al., 2008; Branco et al., 2013).

A taxa de disfunção erétil na amostra deste estudo (66.1%) aparenta ser muito superior àquela identificada em estudos epidemiológicos da população portuguesa geral que divulgaram prevalências de disfunção de 21% (Quinta Gomes & Nobre, 2014) a 24%

(Vendeira, Pereira, Tomada, & Carvalho, 2011) com base no IIEF. Esta diferença nos resultados encontrados parece reflectir a importante repercussão da insuficiência renal crónica e das suas comorbilidades na esfera sexual do indivíduo. Ainda que os efeitos biológicos da retenção azotada prolongada possam explicar esta diferença, as alterações hormonais, as alterações vasculares subjacentes aos fluxos arteriais penianos potencialmente diminuídos pela anastomose arterial ilio-renal, a introdução de terapêutica com interferência na esfera sexual e a elevada prevalência de ansiedade e depressão nos transplantados renais devem ser considerados numa avaliação multifactorial da disfunção sexual no transplantado (Steiner, Wunderlich, & Ott, 2009).

Comparando este trabalho com os estudos portugueses previamente publicados neste contexto (Barroso et al., 2008; Branco et al., 2013), a prevalência de disfunção erétil baseada na pontuação de IIEF é superior nesta amostra, independentemente do grau de disfunção erétil e do tipo de transplante realizado. Encontrou-se no entanto uma prevalência elevada de factores de risco orgânicos para o seu surgimento, sendo os factores de risco cardiovascular os mais prevalentes, identificando-se em mais de 25% da amostra pelo menos um factor de risco para doença cardiovascular e em mais de 40% da amostra três ou mais factores de risco. Estes dados devem alertar para a importância da disfunção erétil no transplantado renal pelo seu impacto na qualidade de vida e pela sua relevância enquanto marcador de risco cardiovascular (Suzuki, Nishimatsu, Oba, Takahashi, & Homma, 2014) atendendo a que os eventos cardiovasculares são a principal causa de morte do doente transplantado renal (Delville et al., 2015).

Neste estudo, o tempo decorrido após a transplantação não demonstrou condicionar a função erétil (Hipótese H1 não confirmada). Não existem, até à data, estudos prospectivos de investigação neste domínio, podendo este trabalho reforçar a necessidade de uma avaliação longitudinal dos doentes transplantados renais por forma a analisar a verdadeira repercussão que a transplantação possa exercer na resposta sexual masculina. Tendo sido demonstrada uma maior prevalência de disfunção erétil na IRC terminal sob técnicas dialíticas de substituição de função renal e num período precoce de transplantação renal (Antonucci et al., 2015), este trabalho procurou avaliar esse aspecto procedendo à estratificação da amostra de acordo com o tempo de transplantação. Foi definido um período de 36 meses para a estabilização da condição clínica, adaptação corporal aos efeitos da imunossupressão e

desenvolvimento de estratégias de *coping* nas competências relacionais e sexuais após a realização do transplante, de acordo com os modelos de ajustamento à doença crónica (Verschuren et al., 2010; Wilmoth, 2007). Não se verificaram contudo diferenças na distribuição da gravidade de disfunção erétil nesta amostra em função do tempo de transplantação. Este dado reforça a importância dos factores condicionadores da resposta sexual existentes previamente à transplantação, como o tempo que estiveram a realizar uma técnica dialítica de substituição de função renal (Edey, 2017), a idade e os antecedentes de doença vascular (Jürgensen et al., 2008).

A satisfação sexual é um constructo ainda mal definido que se presume resultar do bem estar sexual focado no próprio e do processo relacional em que o indivíduo realiza as suas experiências sexuais (Pascoal, Narciso, & Pereira, 2014). A NSSS valoriza ambos os aspectos da sexualidade humana (Mark, Herbenick, Fortenberry, Sanders, & Reece, 2014; Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias, & Sierra, 2014) e a fiabilidade da escala neste estudo (α -Cronbach=0.977) demonstram a possibilidade da sua aplicação numa população não-saudável. Estes dados apontam para a relevância da resposta sexual e da intimidade no relacionamento sexual masculino no indivíduo saudável, como demonstrado previamente (Štulhofer, Ferreira, & Landripet, 2013), mas também no indivíduo não saudável. Na literatura científica médica, são praticamente inexistentes os estudos que utilizam a NSSS em homens com doença crónica, identificando-se apenas um estudo publicado sobre satisfação sexual em doentes portadores do vírus de imunodeficiência humana (Rodríguez-Díaz, Jovet-Toledo, Ortiz-Sánchez, Rodríguez-Santiago, & Vargas-Molina, 2015). A correlação positiva entre os domínios de satisfação da IIEF e a pontuação da NSSS identificada neste estudo fortalecem a utilidade da NSSS como instrumento de avaliação da satisfação sexual masculina na doença crónica.

Verifica-se no entanto que a satisfação sexual não difere entre os grupos de indivíduos com transplante renal há menos ou mais de 36 meses (Hipótese H2 não confirmada) o que leva a equacionar se o constructo de satisfação sexual nestes indivíduos é independente do tempo após a transplantação e, como sucede com a disfunção erétil (Edey, 2017), se também é influenciado por condicionantes clínicas prévias à colocação do enxerto, como a idade, as comorbilidades e o período de realização de técnica dialítica.

Identifica-se nesta amostra uma correlação forte entre a função sexual e a satisfação sexual (Hipótese H5 confirmada). Trabalhos anteriores também apontam para uma relação entre ambas as variáveis quer em doentes sem patologia (Boul, 2007; Kim & Jeon, 2013; Mulhall et al., 2008; Rosen, Heiman, Long, Fisher, & Sand, 2016; Weiss & Brody, 2011) quer em doentes com patologia (Lew-Starowicz & Rola, 2014; Park & Kim, 2015; San Martín, Simonelli, Sønksen, Schnetzler, & Patel, 2012). Shiavi(1994) avaliou o efeito da função sexual na satisfação sexual em contexto psicoterapêutico, tendo demonstrado que, no envelhecimento saudável, ainda que surjam limitações no âmbito da função sexual, a satisfação é mantida através do desenvolvimento de mecanismos de ajustamento acomodativo (por exemplo incrementando da valorização da componente afectiva relacional e investimento em actividades sexuais sem penetração) (Schiavi, Mandeli, & Schreiner-engel, 1994). Por sua vez Rosen et al (2016) publicaram uma avaliação multicêntrica sobre o impacto da disfunção sexual na satisfação sexual, demonstrando que a presença de disfunção se associa a diminuição da satisfação sexual tal como se verifica neste trabalho. Também Carvalheira & Costa (2015) evidenciaram que a ausência de dificuldades sexuais se associava a melhores índices de satisfação sexual em homens heterossexuais. Estes dados vão ao encontro de uma revisão anteriormente publicada por Costa & Brody (2012) que concluíram que a capacidade para a realização de actividade sexual com penetração vaginal se associa a melhores índices de satisfação sexual, independentemente da análise estatística e da metodologia dos estudos analisados. A investigação sexual masculina persiste focada na função sexual sendo necessário a adopção de uma perspectiva tridimensional da esfera sexual em contexto clínico (Mitchell et al., 2011), valorizando a componente biomédica mas também os contextos relacional e erótico. Neste sentido, a validação e utilização simultânea de escalas de avaliação da satisfação sexual e escalas de avaliação de funcionalidade sexual, como a metodologia utilizada neste estudo, fornecerão informação mais realista da esfera sexual de cada indivíduo. A análise multivariada realizada permitiu verificar que o tempo após transplantação não evidencia diferenças no funcionamento ou na satisfação sexual (Hipótese 6 não confirmada). No entanto, verificou-se que alguns factores como a idade, o consumo de psicofármacos e a existência de parceira/o sexual moderaram o efeito que o tempo de transplantação exerceu sobre as variáveis. A idade, a par do que sucede com a população saudável (Chao et al., 2011; Kim & Jeon, 2013), foi o único factor que exerceu influência sobre a variação da função e da satisfação sexual. Sendo conhecidos os efeitos adversos dos psicofármacos na resposta sexual (Waldinger, 2015) e tendo em consideração a elevada prevalência de psicopatologia nos

doentes transplantados (nomeadamente nos domínios de ansiedade e depressão) (Chilcot, Spencer, Maple, & Mamode, 2014; Muller et al., 2015), será expectável que o consumo de psicofármacos influencie a função sexual na amostra deste estudo. Raggi (2012) apresentou o primeiro trabalho sobre a função sexual em contexto relacional após a transplantação renal, verificando que, após a cirurgia, a frequência e o desejo sexual se apresentavam diminuídos face à população geral, quer no transplantado, quer na/o parceira/o mas que essa diminuição não se manifestava na satisfação sexual. Também nesta amostra, a existência de parceiro moderou apenas a função sexual e não a satisfação, ainda que não se tenham identificado alterações significativas entre os grupos transplantados nessas variáveis em função do tempo. Estes dados diferem do estudo de Carvalheira & Costa (2015) que estabeleceu uma associação da satisfação sexual com a ausência de dificuldades sexuais mas também com factores relacionais (maior número de parceiras sexuais, actividade sexual mais frequente, idade mais jovem, relacionamentos mais curtos e maior intimidade relacional) numa população masculina heterossexual.

Nesta amostra, a imagem corporal apresentou uma correlação com a função sexual (Hipótese H3 confirmada). Constatou-se que uma percepção positiva de imagem corporal se associa a melhores índices de funcionamento sexual. O benefício de uma imagem corporal positiva em diversos domínios da saúde mental e física já foi demonstrado (Gillen, 2015). No âmbito da saúde sexual, Milhausen et al. (2015) elaboraram um modelo sobre o efeito da imagem corporal na função e satisfação sexual defendendo que uma imagem corporal positiva influencia favoravelmente o funcionamento sexual, não sendo contudo esta relação preditiva de satisfação sexual. No doente transplantado são poucos os trabalhos desenvolvidos sobre o efeito da imagem corporal positiva nos domínios de qualidade de vida e especificamente na saúde sexual, ainda que tenha sido encontrada uma associação entre essa condição e o funcionamento sexual numa revisão recentemente publicada (Zimbrea, 2015). Yagil et al. (2014) verificaram que a insatisfação com a imagem corporal influencia diferentes domínios de qualidade de vida ainda que outros factores, como o estado clínico e as comorbilidades pós-transplante, também a poderão condicionar. Os autores verificaram que uma imagem corporal insatisfatória se associa a maiores níveis de ansiedade e de depressão na população transplantada (Yagil et al., 2014). Pelo carácter transversal da amostra obtida, os dados colhidos não permitem avaliar a influência e variabilidade individual da imagem corporal após o transplante e a sua implicação na função ou na satisfação sexual.

A percepção positiva de imagem corporal não se relacionou com a satisfação sexual neste estudo (Hipótese H4 não confirmada). O doente renal crónico submetido a transplantação renal atravessa um prolongado período de adaptação à doença, em que se conjugam os efeitos deletérios do período em que realizava a técnica dialítica de substituição renal com as modificações associadas à introdução do novo órgão (cicatriz cirúrgica e efeito de massa do órgão no abdómen) e da terapêutica imunossupressora. O período de IRC sob técnica dialítica facilita o aparecimento de alterações significativas na imagem corporal, como a construção cirúrgica do acesso de diálise e os efeitos da urémia arrastada que provocam limitações de ordem funcional que, desprovidas de visibilidade social, exercem um efeito negativo significativo sobre a percepção de imagem corporal (Carvalho & Barbosa, 2016). A associação entre imagem corporal e satisfação sexual está ainda por definir no doente IRC e no transplantado. O desenvolvimento de mecanismos de adaptação no âmbito da vida sexual à doença crónica na fase dialítica e após transplantação serão provavelmente responsáveis pela ausência de estudos a documentar essa relação, em oposição ao que sucede com a função sexual. A satisfação sexual é um constructo multidimensional que, apesar de se relacionar com a função sexual, depende de aspectos cognitivos, psicológicos e relacionais e talvez, também por isso, a associação com a imagem corporal não seja evidente nesta amostra.

Avaliadas as hipóteses em estudo, é necessário reflectir sobre as limitações deste trabalho. Como já referido, sendo uma amostra de conveniência com elevada taxa de não respondedores, a representatividade epidemiológica desta amostra no contexto da população transplantada na unidade de transplantação em estudo e da população transplantada renal portuguesa é limitada. No que se refere à metodologia utilizada, a complementaridade do mesmo com um questionário sobre qualidade de vida poderia trazer informação adicional no que respeita à influência da sexualidade na qualidade de vida associada à saúde e à qualidade de vida em geral. A avaliação de psicopatologia poderia também ser reequacionada, utilizando um questionário mais reduzido e focado nas domínios de ansiedade e depressão em substituição da conjugação do ISP do BSI com o consumo de psicofármacos e o diagnóstico de patologia psiquiátrica (não controladas pelo investigador). Por último, sendo um estudo transversal, este trabalho tem reduzido poder preditivo sobre a evolução da imagem corporal, função sexual e satisfação sexual ao longo do tempo nesta população.

Conclusão

Os resultados desta investigação permitiram determinar uma elevada percentagem de transplantados renais com disfunção sexual na Unidade de Transplantação Renal do CHLO. Os resultados verificados no domínio de erecção do IIEF permitiram o diagnóstico de disfunção erétil em 66.1% da amostra obtida.

Duas das hipóteses testadas foram confirmadas. A primeira documentou que a percepção da auto-imagem corporal após transplante está relacionada com a função erétil, sendo que quanto melhor a percepção de imagem corporal melhor também a resposta erétil. A segunda permitiu encontrar uma correlação forte e positiva entre função sexual e satisfação sexual no transplantado renal, ou seja, quanto melhor a função mais elevada a satisfação sexual.

Das hipóteses não confirmadas, é importante salientar que não foram encontradas diferenças na função sexual e na satisfação sexual entre os doentes submetidos a transplante renal mais ou menos recentemente (<36meses). Verificou-se, no entanto, que alguns factores não totalmente dependentes da transplantação, como a idade, o consumo de psicofármacos, a imagem corporal e a existência de parceira/o sexual exercem influência sobre a variação da função sexual no transplantado recente ou de longa duração(36 meses).

Estes dados apoiam a necessidade da investigação sobre sexualidade na doença crónica focada num modelo biopsicossocial. A elaboração de estudos longitudinais poderá responder a algumas questões levantadas com este trabalho, nomeadamente no que respeita à função sexual, à satisfação sexual e à satisfação com a imagem corporal no contexto da transplantação renal. Tratando-se de uma população crescente com múltiplas comorbilidades, o conhecimento da interação entre essas dimensões vai provavelmente contextualizar e facilitar a compreensão da sexualidade humana e a sua implicação na qualidade de vida destes doentes.

Bibliografia

- Abram, H. S., Hester, L. R., Sheridan, W. F., & Epstein, G. M. (1975). Sexual functioning in patients with chronic renal failure. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 160(3), 220–6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1090710>
- Alford, V. M., Ewen, S., Webb, G. R., McGinley, J., Brookes, A., & Remedios, L. J. (2014). The use of the International Classification of Functioning, Disability and Health to understand the health and functioning experiences of people with chronic conditions from the person perspective: a systematic review. *Disabil.Rehabil*, 37(8), 1–12. <http://doi.org/10.3109/09638288.2014.935875>
- Antonucci, M., Palermo, G., Recupero, S. M., Bientinesi, R., Presicce, F., Foschi, N., ... Gulino, G. (2015). Male sexual dysfunction in patients with chronic end-stage renal insufficiency and in renal transplant recipients. *Archivio Italiano Di Urologia, Andrologia: Organo Ufficiale [Di] Società Italiana Di Ecografia Urologica E Nefrologica / Associazione Ricerche in Urologia*, 87(4), 299–305. <http://doi.org/10.4081/aiua.2015.4.299>
- Bancroft, J. (1999). Central inhibition of sexual response in the male: A theoretical perspective. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 23(6), 763–784. [http://doi.org/10.1016/S0149-7634\(99\)00019-6](http://doi.org/10.1016/S0149-7634(99)00019-6)
- Barofsky, I. (2012). Can quality or quality-of-life be defined? *Quality of Life Research*, 21(4), 625–631. <http://doi.org/10.1007/s11136-011-9961-0>
- Barroso, L. V. S., Miranda, E. P., Cruz, N. I., Medeiros, M. a S., Araújo, a. C. O., Mota Filho, F. H. a, & Medeiros, F. C. (2008). Analysis of Sexual Function in Kidney Transplanted Men. *Transplantation Proceedings*, 40(10), 3489–3491. <http://doi.org/10.1016/j.transproceed.2008.07.141>
- Basson, R. (2001). Human Sex-Response Cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(1), 33–43. <http://doi.org/10.1080/00926230152035831>
- Basson, R. (2015). *Human sexual response. Handbook of clinical neurology* (1st ed., Vol. 130). Elsevier B.V. <http://doi.org/10.1016/B978-0-444-63247-0.00002-X>
- Basson, R., & Weijmar Schultz, W. (2007). Sexual sequelae of general medical disorders. *The Lancet*, 369(9559), 409–424. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60197-4](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60197-4)
- Beer, J. (1995). Body image of patients with ESRD and following renal transplantation. *British Journal of Nursing*, 4(10), 591–598. <http://doi.org/10.12968/bjon.1995.4.10.591>
- Bello, A., Levin, A., Tonelli, M., Okpechi, I., Feehally, J., Harris, D., ... Johnson, D. (2017).

- Global Kidney Health Atlas: A report by the International Society of Nephrology on the current state of organization and structures for kidney care across the globe*. Brussels. Retrieved from http://www.theisn.org/images/ISN_Biennial_Report_2011-2013/GKHAAtlas_Linked_Compressed1.pdf
- Berry, M. D., & Berry, P. D. (2013). Contemporary treatment of sexual dysfunction: Reexamining the biopsychosocial model. *Journal of Sexual Medicine*, 10(11), 2627–2643. <http://doi.org/10.1111/jsm.12273>
- Bickenbach, J., Degener, T., Melvin, J., Quinn, G., Posarac, A., Schulze, M., ... Watson, N. (2011). *Disability - A global picture*. (S. Hartley, V. Ilagan, R. Madden, A. Officer, A. Posarac, K. Seelman, ... Z. Qiu, Eds.) *World Report on Disability 2011*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26131540>
- Blome, C., & Augustin, M. (2015). Measuring change in quality of life: Bias in prospective and retrospective evaluation. *Value in Health*, 18(1), 110–115. <http://doi.org/10.1016/j.jval.2014.10.007>
- Boul, L. (2007). Sexual function and relationship satisfaction: an investigation into men's attitudes and perceptions. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(2), 209–220. <http://doi.org/10.1080/14681990600743743>
- Branco, F., Cavadas, V., Rocha, a., Vidinha, J., Osório, L., Martins, L., ... Fraga, a. (2013). Living versus cadaveric-donor renal transplant recipients: A comparison on sexual function. *Transplantation Proceedings*, 45(3), 1066–1069. <http://doi.org/10.1016/j.transproceed.2013.03.011>
- Broderick, J. E., DeWitt, E. M., Rothrock, N., Crane, P. K., & Forrest, C. B. (2013). Advances in Patient-Reported Outcomes: The NIH PROMIS(®) Measures. *EGEMS (Washington, DC)*, 1(1), 1015. <http://doi.org/10.13063/2327-9214.1015>
- Bury, M. (1994). Quality of Life: Why now? A sociological view. In L. Nordenfelt (Ed.), *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care* (pp. 117–134). Dordrecht: Springer Netherlands. <http://doi.org/10.1007/978-94-015-8344-2>
- Canavarro, M. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In *Testes e provas psicológicas em Portugal volume II* (pp. 87–109). Braga: SHO/APPORT.
- Canavarro, M. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa vol. III* (pp. 305–331). Coimbra: Quarteto Editora.

- Cardoso, J. (2010). Corporalidade e Sexualidade. *Acta Portuguesa de Sexologia Clínica*, *V*(1).
- Carvalheira, A. a., & Costa, P. A. (2015). The impact of relational factors on sexual satisfaction among heterosexual and homosexual men. *Sexual and Relationship Therapy*, *30*(3), 314–324. <http://doi.org/10.1080/14681994.2015.1041372>
- Carvalho, A. R., & Barbosa, M. R. (2016). A depressão nos doentes hemodialisados: o papel da satisfação corporal e da sexualidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *34*(2), 144–153. <http://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.02.002>
- Cash, T. F. (2011). Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image. In T. F. CASH & L. SMOLAK (Eds.), *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (Second Edi, pp. 39–47). New York, NY: The Guilford Press. Retrieved from http://www.springerreference.com/index/doi/10.1007/SpringerReference_223404
- Celigoj, F. A., Coward, R. M., Timberlake, M. D., & Smith, R. P. (2016). Anatomy and Physiology of Erection, Ejaculation, and Orgasm. In *Management of Sexual Dysfunction in Men and Women* (pp. 33–41). New York, NY: Springer New York. http://doi.org/10.1007/978-1-4939-3100-2_5
- Chao, J.-K., Lin, Y.-C., Ma, M.-C., Lai, C.-J., Ku, Y.-C., Kuo, W.-H., & Chao, I.-C. (2011). Relationship Among Sexual Desire, Sexual Satisfaction, and Quality of Life in Middle-Aged and Older Adults. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *37*(5), 386–403. <http://doi.org/10.1080/0092623X.2011.607051>
- Chilcot, J., Spencer, B. W. J., Maple, H., & Mamode, N. (2014). Depression and kidney transplantation. *Transplantation*, *97*(7), 717–21. <http://doi.org/10.1097/01.TP.0000438212.72960.ae>
- Connaughton, C., McCabe, M., & Karantzas, G. (2016). Conceptualization of the Sexual Response Models in Men: Are There Differences Between Sexually Functional and Dysfunctional Men? *The Journal of Sexual Medicine*, *13*(3), 453–463. <http://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.032>
- Constanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., ... Snapp, R. (2008). An Integrative Approach to Quality of Life Measurement, Research, and Policy. *Sapiens*, *1*(1).
- Correa-Rotter, R., & Ramírez-Sandoval, J. C. (2014). How to Prepare a Chronic Kidney Disease Patient for Dialysis. In *Management of Chronic Kidney Disease* (pp. 475–486). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. http://doi.org/10.1007/978-3-642-54637-2_36

- Costa, R. M., & Brody, S. (2012). Sexual Satisfaction, Relationship Satisfaction, and Health Are Associated with Greater Frequency of Penile–Vaginal Intercourse. *Archives of Sexual Behavior*, 41(1), 9–10. <http://doi.org/10.1007/s10508-011-9847-9>
- De Pasquale, C. (2014). Psychopathological aspects of kidney transplantation: Efficacy of a multidisciplinary team. *World Journal of Transplantation*, 4(4), 267. <http://doi.org/10.5500/wjt.v4.i4.267>
- De Pasquale, C., Pistorio, M., Sorbello, M., Parrinello, L., Corona, D., Gagliano, M., ... Veroux, M. (2010). Body Image in Kidney Transplantation. *Transplantation Proceedings*, 42(4), 1123–1126. <http://doi.org/10.1016/j.transproceed.2010.03.071>
- Delville, M., Sabbah, L., Girard, D., Elie, C., Manceau, S., Piketty, M., ... Sberro-Soussan, R. (2015). Prevalence and predictors of early cardiovascular events after kidney transplantation: Evaluation of pre-transplant cardiovascular work-up. *PLoS ONE*, 10(6), 1–12. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0131237>
- DL 12/93 de 22 de Abril. (n.d.). *Lei Da Colheita E Transplante de Órgãos E Tecidos de Origem Humana*. Retrieved from <http://dre.pt/pdf1s/1993/04/094A00/19611963.pdf>
- Edey, M. M. (2017). Male Sexual Dysfunction and Chronic Kidney Disease. *Frontiers in Medicine*, 4(March), 1–10. <http://doi.org/10.3389/fmed.2017.00032>
- Engel, G. L. (1978). the Biopsychosocial Model and the Education of Health Professionals???. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 310(1), 169–181. <http://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1978.tb22070.x>
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51–74.
- Ferrans, C. E. (1990). Quality of life: Conceptual issues. *Seminars in Oncology Nursing*, 6(4), 248–254. [http://doi.org/10.1016/0749-2081\(90\)90026-2](http://doi.org/10.1016/0749-2081(90)90026-2)
- Ferreira, V. S. (2013). Resgates sociológicos do corpo: Esboço de um percurso conceptual., 48(208 OP-Analise Social. 2013, Vol. 48 Issue 208, p493-528. 36p.), 493. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&site=eds-live&db=a9h&AN=90670405>
- Filipe, R. A. (2014). *REGISTO PORTUGUÊS DE TRANSPLANTAÇÃO RENAL 1980-2014*. Retrieved from <http://www.spt.pt/download/rspt2014.pdf>
- Fingeret, M. C., Vidrine, D. J., Arduino, R. C., & Gritz, E. R. (2007). The association between body image and smoking cessation among individuals living with HIV/AIDS. *Body Image*, 4(2), 201–206. <http://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.01.005>

- Fletcher, E. C., & Martin, R. J. (1982). Sexual dysfunction and erectile impotence in chronic obstructive pulmonary disease. *Chest*, 81(4), 413–21. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6802573>
- Flynn, K. E., Lin, L., Bruner, D. W., Cyranowski, J. M., Hahn, E. A., Jeffery, D. D., ... Weinfurt, K. P. (2016). Sexual Satisfaction and the Importance of Sexual Health to Quality of Life Throughout the Life Course of U.S. Adults. *Journal of Sexual Medicine*, 13(11), 1642–1650. <http://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.08.011>
- Fraser, S., & Blakeman, T. (2016). Chronic kidney disease: identification and management in primary care. *Pragmatic and Observational Research*, Volume 7, 21–32. <http://doi.org/10.2147/POR.S97310>
- Ghanta, M., & Jim, B. (2016). Renal Transplantation in Advanced Chronic Kidney Disease Patients. *Medical Clinics of North America*, 100(3), 465–476. <http://doi.org/10.1016/j.mcna.2015.12.003>
- Gillen, M. M. (2015). Associations between positive body image and indicators of men's and women's mental and physical health. *Body Image*, 13, 67–74. <http://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.01.002>
- Giuliano, F. (2013). Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle. *Progres En Urologie*, 23(9), 811–821. <http://doi.org/10.1016/j.purol.2013.01.006>
- Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust. (2013). *Your kidneys*. London. Retrieved from <http://www.mykidney.org/Resources/your-kidneys-your-health.pdf>
- Hall, T., Krahn, G. L., Horner-Johnson, W., & Lamb, G. (2011). Examining functional content in widely used Health-Related Quality of Life scales. *Rehabilitation Psychology*, 56(2), 94–99. <http://doi.org/10.1037/a0023054>
- Hamburguer, P. L. (1975). Considerações sobre qualidade de vida no processo decisórios impacto sobre as entidades públicas e privadas. *Revista de Administração de Empresas*, 15(2), 35–38.
- Hanson, E. I. (1982). Effects of chronic lung disease on life in general and on sexuality: perceptions of adult patients. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 11(5), 435–441. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6921191>
- Hatzichristou, D., Kirana, P., Banner, L., Althof, S. E., Lonnemann, R. A. M., Dennerstein, L., & Rosen, R. C. (2016). Diagnosing Sexual Dysfunction in Men and Women: Sexual History Taking and the Role of Symptom Scales and Questionnaires. <http://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.017>

- Hill, N. R., Fatoba, S. T., Oke, J. L., Hirst, J. A., O’Callaghan, C. A., Lasserson, D. S., & Hobbs, F. D. R. (2016). Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 11(7), e0158765. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0158765>
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer (Oxford, England : 1990)*, 37(2), 189–97. [http://doi.org/10.1016/S0959-8049\(00\)00353-1](http://doi.org/10.1016/S0959-8049(00)00353-1)
- Hricik, D. E., Halbert, R. J., Barr, M. L., Helderman, J. H., Matas, A. J., Pirsch, J. D., ... Ferguson, R. M. (2001). Life satisfaction in renal transplant recipients: Preliminary results from the Transplant Learning Center. *American Journal of Kidney Diseases*, 38(3), 580–587. <http://doi.org/10.1053/ajkd.2001.26884>
- Hsu, R. K., & Powe, N. R. (2017). Recent trends in the prevalence of chronic kidney disease. *Current Opinion in Nephrology and Hypertension*, 1. <http://doi.org/10.1097/MNH.0000000000000315>
- Hu, J.-R., & Coresh, J. (2017). The public health dimension of chronic kidney disease: what we have learnt over the past decade. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 32(suppl_2), ii113-ii120. <http://doi.org/10.1093/ndt/gfw416>
- Inker, L. A., Astor, B. C., Fox, C. H., Isakova, T., Lash, J. P., Peralta, C. A., ... Feldman, H. I. (2014). KDOQI US commentary on the 2012 KDIGO clinical practice guideline for the evaluation and management of CKD. *American Journal of Kidney Diseases*, 63(5), 713–735. <http://doi.org/10.1053/j.ajkd.2014.01.416>
- Jedel, S., Hood, M. M., & Keshavarzian, A. (2015). Getting personal: a review of sexual functioning, body image, and their impact on quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 21(4), 923–938. <http://doi.org/10.1097/MIB.0000000000000257>
- Jensen, S. (1992). Sexuality and Chronic Illness: Biopsychosocial Approach. *Seminars in Neurology*, 12(2), 135–140. <http://doi.org/10.1055/s-2008-1041169>
- Johnson, M. (2015). Embodied understanding. *Frontiers in Psychology*, 6(June), 875. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00875>
- Jürgensen, J. S., Ulrich, C., Hörstrup, J. H., Brenner, M. H., Frei, U., & Kahl, a. (2008). Sexual Dysfunction After Simultaneous Pancreas-Kidney Transplantation. *Transplantation Proceedings*, 40(4), 927–930. <http://doi.org/10.1016/j.transproceed.2008.03.037>

- Kaplan, R. M., & Ries, A. L. (2007). Quality of Life: Concept and Definition. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 4(3), 263–271. <http://doi.org/10.1080/15412550701480356>
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. (2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, 3(1), 1–150. <http://doi.org/10.1038/kisup.2012.76>
- Kim, O., & Jeon, H. O. (2013). Gender differences in factors influencing sexual satisfaction in Korean older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56(2), 321–326. <http://doi.org/10.1016/j.archger.2012.10.009>
- Lasaponara, F., Paradiso, M., Milan, M. G. L., Morabito, F., Sedigh, O., Graziano, M. E., ... Ferrando, U. (2004). Erectile dysfunction after kidney transplantation: Our 22 years of experience. *Transplantation Proceedings*, 36(3), 502–504. <http://doi.org/10.1016/j.transproceed.2004.02.014>
- Levin, A., Tonelli, M., Bonventre, J., Coresh, J., Donner, J. A., Fogo, A. B., ... Eckardt, K. U. (2017). Global kidney health 2017 and beyond: A roadmap for closing gaps in care, research, and policy. *The Lancet*, 6736(17), 1–30. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30788-2](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30788-2)
- Lew-Starowicz, M., & Rola, R. (2014). Correlates of Sexual Function in Male and Female Patients with Multiple Sclerosis. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(9), 2172–2180. <http://doi.org/10.1111/jsm.12622>
- Lewis, H., & Arber, S. (2015). The role of the body in end-stage kidney disease in young adults: Gender, peer and intimate relationships. *Chronic Illness*, 11(3), 184–197. <http://doi.org/10.1177/1742395314566823>
- Mamik, M. M., Rogers, R. G., Qualls, C. R., & Komesu, Y. M. (2013). Goal attainment after treatment in patients with symptomatic pelvic organ prolapse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 209(5), 488.e1-488.e5. <http://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.06.011>
- Mark, K. P., Herbenick, D., Fortenberry, J. D., Sanders, S., & Reece, M. (2014). A psychometric comparison of three scales and a single-item measure to assess sexual satisfaction. *Journal of Sex Research*, 51(2), 159–69. <http://doi.org/10.1080/00224499.2013.816261>
- Masters, W., & Johnson, V. (1966). The Sexual Response Cycle. In *Human Sexual Response*

- (pp. 3–9). Toronto: Bantam Books.
- Matas, A. J., Halbert, R. J., Barr, M. L., Helderman, J. H., Hricik, D. E., Pirsch, J. D., ... Ferguson, R. M. (2002). Life satisfaction and adverse effects in renal transplant recipients: a longitudinal analysis. *Clinical Transplantation*, 16(2), 113–21. <http://doi.org/10.1034/j.1399-0012.2002.1o126.x>
- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., Laumann, E., ... Segraves, R. T. (2016). Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(2), 135–143. <http://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.019>
- McDermott, E., Moloney, J., Rafter, N., Keegan, D., Byrne, K., Doherty, G. A., ... Mulcahy, H. E. (2014). The body image scale: a simple and valid tool for assessing body image dissatisfaction in inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 20(2), 286–290. <http://doi.org/10.1097/01.MIB.0000438246.68476.c4>
- McSweeney, A. J., & Creer, T. L. (1995). Health-related quality-of-life assessment in medical care. *Disease-a-Month : DM*, 41(1), 1–71.
- Milhausen, R. R., Buchholz, A. C., Opperman, E. A., & Benson, L. E. (2015). Relationships Between Body Image, Body Composition, Sexual Functioning, and Sexual Satisfaction Among Heterosexual Young Adults. *Archives of Sexual Behavior*, 44(6), 1621–1633. <http://doi.org/10.1007/s10508-014-0328-9>
- Mirone, V., Longo, N., Fusco, F., Verze, P., Creta, M., Parazzini, F., & Imbimbo, C. (2009). Renal Transplantation Does Not Improve Erectile Function in Hemodialysed Patients. *European Urology*, 56(6), 1047–1054. <http://doi.org/10.1016/j.eururo.2008.09.020>
- Mitchell, K. R., Wellings, K., Nazareth, I., King, M., Mercer, C. H., & Johnson, A. M. (2011). Scripting sexual function: a qualitative investigation, 33(4), 540–553. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01318.x>
- Mohit, M. A. (2014). Present Trends and Future Directions of Quality-of-Life. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 153, 655–665. <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.10.097>
- Moons, P., Budts, W., & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), 891–901. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.03.015>
- Morais, P. G. dos S., Junqueira, H., & Montanari, T. (2017). Corpo humano e sexualidade na revista Ciência Hoje das Crianças (2001 a 2010). *Reprodução & Climatério*, (x x), 1–5.

- <http://doi.org/10.1016/j.recli.2017.01.005>
- Moreira, H., Silva, S., Marques, A., & Canavarro, M. C. (2010). The Portuguese version of the Body Image Scale (BIS) - psychometric properties in a sample of breast cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(2), 111–118. <http://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.09.007>
- Morton, R. L., & Webster, A. C. (2014). Quality of Life in Chronic Kidney Disease. In *Management of Chronic Kidney Disease* (pp. 487–499). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. http://doi.org/10.1007/978-3-642-54637-2_37
- Muehrer, R. J. (2009). Sexuality, an important component of the quality of life of the kidney transplant recipient. *Transplantation Reviews*, 23(4), 214–223. <http://doi.org/10.1016/j.trre.2009.06.001>
- Mulhall, J., King, R., Glina, S., & Hvidsten, K. (2008). Importance of and Satisfaction with Sex Among Men and Women Worldwide: Results of the Global Better Sex Survey. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(4), 788–795. <http://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00765.x>
- Muller, H. H., Englbrecht, M., Wiesener, M. S., Titze, S., Heller, K., Groemer, T. W., ... Maler, J. M. (2015). Depression, anxiety, resilience and coping pre and post kidney transplantation - Initial findings from the psychiatric impairments in kidney transplantation (PI-KT)-study. *PLoS ONE*, 10(11), 1–15. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0140706>
- Nehra, A., Jackson, G., Miner, M., Billups, K. L., Burnett, A. L., Buvat, J., ... Wu, F. C. W. (2012). The Princeton III Consensus recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Mayo Clinic Proceedings*, 87(8), 766–778. <http://doi.org/10.1016/j.mayocp.2012.06.015>
- Nieto, T., Inston, N., & Cockwell, P. (2016). Renal transplantation in adults. *BMJ*, 355(i6158). <http://doi.org/10.1136/bmj.i6158>
- Nissenson, A. R. (2014). Improving outcomes for ESRD patients: Shifting the quality paradigm. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 9(2), 430–434. <http://doi.org/10.2215/CJN.05980613>
- Park, E., & Kim, J.-H. (2015). Predictors of Sexual Adjustment in Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *Journal of Psychosocial Oncology*, 33(5), 488–503. <http://doi.org/10.1080/07347332.2015.1067278>
- Pascoal, P. M., Narciso, I. de S. B., & Pereira, N. M. (2014). What is Sexual Satisfaction?

- Thematic Analysis of Lay People's Definitions. *The Journal of Sex Research*, 51(1), 22–30. <http://doi.org/10.1080/00224499.2013.815149>
- Pascoal, P. M., Raposo, C. F., & Oliveira, L. B. (2015). Predictors of body appearance cognitive distraction during sexual activity in a sample of men with ED. *International Journal of Impotence Research*, 27(3), 103–107. <http://doi.org/10.1038/ijir.2014.40>
- Pascoal, P., Narciso, I., & Pereira, N. M. (2012). Predictors of Body Appearance Cognitive Distraction during Sexual Activity in Men and Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(11), 2849–2860. <http://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02893.x>
- Pennacchini, M., Bertolaso, M., Elvira, M. M., & De Marinis, M. G. (2012). A brief history of the quality of life: Its use in medicine and in philosophy. *Clinica Terapeutica*, 162(SUPPL.3).
- Pertuz, W., Castaneda, D. A., Rincon, O., & Lozano, E. (2014). Sexual Dysfunction in Patients With Chronic Renal Disease: Does It Improve With Renal Transplantation? *Transplantation Proceedings*, 46(9), 3021–3026. <http://doi.org/10.1016/j.transproceed.2014.07.017>
- Poradzisz, M., & Florczak, K. L. (2013). Quality of Life. *Nursing Science Quarterly*, 26(2), 116–120. <http://doi.org/10.1177/0894318413477149>
- Post, M. (2014). Definitions of Quality of Life: What Has Happened and How to Move On. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 20(3), 167–180. <http://doi.org/10.1310/sci2003-167>
- Price, B. (1990). A model for body-image care. *Journal of Advanced Nursing*, 15(5), 585–593. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01858.x>
- Quinta Gomes, A. L., & Nobre, P. (2012). The International Index of Erectile Function (IIEF-15): Psychometric Properties of the Portuguese Version. *Journal of Sexual Medicine*, 9(1), 180–187. <http://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02467.x>
- Quinta Gomes, A. L., & Nobre, P. J. (2014). Prevalence of Sexual Problems in Portugal: Results of a Population-Based Study Using a Stratified Sample of Men Aged 18 to 70 Years. *The Journal of Sex Research*, 51(1), 13–21. <http://doi.org/10.1080/00224499.2012.744953>
- Quintin, J. (2013). Organ transplantation and meaning of life: The quest for self fulfilment. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16(3), 565–574. <http://doi.org/10.1007/s11019-012-9439-z>
- Raggi, M. C., Siebert, S. B., Friess, H., Schremmer-Danninger, E., Thorban, S., & Dinkel, A.

- (2012). Sexual and relationship functioning before and after renal transplantation: A descriptive study with patients and partners. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 46(May), 431–436. <http://doi.org/10.3109/00365599.2012.693132>
- Raiz, L., Davies, E. a, & Ferguson, R. M. (2003). Sexual functioning following renal transplantation. *Health & Social Work*, 28(4), 264–72. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14679705>
- Rammsayer, T. H., & Troche, S. J. (2013). The relationship between sociosexuality and aspects of body image in men and women: A structural equation modeling approach. *Archives of Sexual Behavior*, 42(7), 1173–1179. <http://doi.org/10.1007/s10508-013-0114-0>
- Robinson, B. M., Akizawa, T., Jager, K. J., Kerr, P. G., Saran, R., & Pisoni, R. L. (2016). Series Dialysis 3 Factors affecting outcomes in patients reaching end-stage kidney disease worldwide: differences in access to renal replacement therapy, modality use, and haemodialysis practices. *The Lancet*, 6736(16), 1–13. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30448-2](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30448-2)
- Rodríguez-Díaz, C. E., Jovet-Toledo, G. G., Ortiz-Sánchez, E. J., Rodríguez-Santiago, E. I., & Vargas-Molina, R. L. (2015). Sexual Health and Socioeconomic-Related Factors Among HIV-Positive Men Who Have Sex with Men in Puerto Rico. *Archives of Sexual Behavior*, 44(7), 1949–1958. <http://doi.org/10.1007/s10508-015-0481-9>
- Rosen, R. C., Heiman, J. R., Long, J. S., Fisher, W. A., & Sand, M. S. (2016). Men with Sexual Problems and Their Partners: Findings from the International Survey of Relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 45(1), 159–173. <http://doi.org/10.1007/s10508-015-0568-3>
- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822–830. [http://doi.org/10.1016/S0090-4295\(97\)00238-0](http://doi.org/10.1016/S0090-4295(97)00238-0)
- Rosenbloom, D. (1955). Chronic prostatitis: a psychosexual approach. *California Medicine*, 82(2), 454–7. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1532566&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Rothrock, N. E., Hays, R. D., Spritzer, K., Yount, S. E., Riley, W., & Cella, D. (2010). Relative to the general US population, chronic diseases are associated with poorer

- health-related quality of life as measured by the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS). *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(11), 1195–1204. <http://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.012>
- San Martín, C., Simonelli, C., Sønksen, J., Schnetzler, G., & Patel, S. (2012). Perceptions and opinions of men and women on a man's sexual confidence and its relationship to ED: results of the European Sexual Confidence Survey. *International Journal of Impotence Research*, 24(6), 234–241. <http://doi.org/10.1038/ijir.2012.23>
- Sánchez-Fuentes, M. del M., Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1), 67–75. [http://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70038-9](http://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70038-9)
- Santos Pechorro, P., Almeida, A. I., Soares Figueiredo, C., Monteiro Pascoal, P., Xavier Vieira, R., & Neves Jesus, S. (2015). Validação portuguesa da Nova Escala de Satisfação Sexual. *Revista Internacional de Andrología*, 13(2), 47–53. <http://doi.org/10.1016/j.androl.2014.10.003>
- Saran, R., Yi Li, B. R., Abbott, K. C., Agodoa, L. Y. C., Ayanian, J., Bragg-Gresham, J., ... Hirth, R. A. (2016). Chapter 13: International Comparisons. *American Journal of Kidney Diseases*, 67(3), S291–S334. <http://doi.org/10.1053/j.ajkd.2016.02.024>
- Schiavi, R. C., Mandeli, J., & Schreiner-engel, P. (1994). Sexual satisfaction in healthy aging men. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 20(1), 3–13. <http://doi.org/10.1080/00926239408403412>
- Schmidt, R. J. (2017). Advance Care Planning for Patients Approaching End-Stage Kidney Disease. *Seminars in Nephrology*, 37(2), 173–180. <http://doi.org/10.1016/j.semnephrol.2016.12.007>
- Schoffling, K., Federlin, D., Dikschuneit, H., & Pfeiffer, E. F. (1963). Disorders of sexual function in male diabetic. *Diabetes*, 1, 510–519.
- Schroder, K. E. E., Carey, M. P., & Vanable, P. A. (2003). Methodological challenges in research on sexual risk behavior: II. Accuracy of self-reports. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 26(2), 104–23. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14534028>
- Severino, S. K. (1980). Body image changes in hemodialysis and renal transplant. *Psychosomatics*, 21(6), 509–12. [http://doi.org/10.1016/S0033-3182\(80\)73661-7](http://doi.org/10.1016/S0033-3182(80)73661-7)
- Slater, E. (1945). NEUROSIS AND SEXUALITY. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 8(1–2), 12–4. Retrieved from

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21610873>
- Spark, S., Lewis, D., Vaisey, A., Smyth, E., Wood, A., Temple-Smith, M., ... Hocking, J. (2015). Using computer-assisted survey instruments instead of paper and pencil increased completeness of self-administered sexual behavior questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(1), 94–101. <http://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.09.011>
- Steiner, T., Wunderlich, H., & Ott, U. (2009). Sexuality after kidney transplantation. *Der Urologe*, 48(12), 1438–1442. <http://doi.org/10.1007/s00120-009-2156-4>
- Stowers, D. a, & Durm, M. W. (1996). Does self-concept depend on body image? A gender analysis. *Psychological Reports*, 78(2), 643–6. <http://doi.org/10.2466/pr0.1996.78.2.643>
- Stulhofer, A., Busko, V., & Brouillard, P. (2010). Development and bicultural validation of the new sexual satisfaction scale. *Journal of Sex Research*, 47(4), 257–268. <http://doi.org/10.1080/00224490903100561>
- Štulhofer, A., Ferreira, L. C., & Landripet, I. (2013). Emotional intimacy, sexual desire, and sexual satisfaction among partnered heterosexual men. *Sexual and Relationship Therapy*, 29(2), 229–244. <http://doi.org/10.1080/14681994.2013.870335>
- Suls, J., & Rothman, A. (2004). Evolution of the Biopsychosocial Model: Prospects and Challenges for Health Psychology. *Health Psychology*, 23(2), 119–125. <http://doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.119>
- Suzuki, E., Nishimatsu, H., Oba, S., Takahashi, M., & Homma, Y. (2014). Chronic kidney disease and erectile dysfunction. *World Journal of Nephrology*, 3(4), 220–9. <http://doi.org/10.5527/wjn.v3.i4.220>
- Taal, M. W. (2016). Chronic kidney disease : towards a risk-based approach, 16(6), 117–120.
- Tavallaii, S. A., Mirzamani, M., Heshmatzade Behzadi, A., Assari, S., Khoddami Vishteh, H. R., Hajarizadeh, B., & Einollahi, B. (2009). Sexual function: A comparison between male renal transplant recipients and hemodialysis patients. *Journal of Sexual Medicine*, 6(1), 142–148. <http://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01047.x>
- Torrance, G. W. (1987). Utility approach to measuring health-related quality of life. *Journal of Chronic Diseases*, 40(6), 593–603. [http://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90019-1](http://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90019-1)
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*. <http://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>
- Vamos, M. (1993). Body Image in Chronic Illness—A Reconceptualization. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 23(2), 163–178.

- <http://doi.org/10.2190/BLL4-EVAL-49Y3-4G66>
- Vendeira, P. S., Pereira, N. M., Tomada, N., & Carvalho, J. M. L. de. (2011). Episex-PT: Epidemiologia das disfunções sexuais masculinas em Portugal. *Isex Cadernos de Sexologia*, 0(4), 15–21. Retrieved from <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/isex/article/view?path=>
- Ventegodt, S., Merrick, J., & Andersen, N. J. (2003). Quality of Life Theory III. Maslow Revisited. *The Scientific World JOURNAL*, 3, 1050–1057. <http://doi.org/10.1100/tsw.2003.84>
- Verschuren, J. E. a, Enzlin, P., Dijkstra, P. U., Geertzen, J. H. B., & Dekker, R. (2010). Chronic disease and sexuality: a generic conceptual framework. *Journal of Sex Research*, 47(2), 153–170. <http://doi.org/10.1080/00224491003658227>
- Waldinger, M. D. (2015). *Psychiatric disorders and sexual dysfunction. Handbook of Clinical Neurology* (1st ed., Vol. 130). Elsevier B.V. <http://doi.org/10.1016/B978-0-444-63247-0.00027-4>
- Wallander, L., Tikkanen, R. H., Mannheimer, L. N., Östergren, P. O., & Plantin, L. (2015). The problem of non-response in population surveys on the topic of HIV and sexuality: A comparative study. *European Journal of Public Health*, 25(1), 172–177. <http://doi.org/10.1093/eurpub/cku154>
- Watts, R. J. (1979). Impact of chronic illness on sexual health. *Issues in Mental Health Nursing*, 2(2), 67–83. <http://doi.org/10.3109/01612847909052570>
- Webster, A. C., Nagler, E. V, Morton, R. L., & Masson, P. (2016). Chronic Kidney Disease. *The Lancet*, 6736(16), 1–15. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32064-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32064-5)
- Weiss, P., & Brody, S. (2011). International Index of Erectile Function (IIEF) Scores Generated by Men or Female Partners Correlate Equally Well With Own Satisfaction (Sexual, Partnership, Life, and Mental Health). *The Journal of Sexual Medicine*, 8(5), 1404–1410. <http://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02214.x>
- Whoqol Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409. [http://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](http://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- WiederMan, M. W. (2011). Body Image and Sexual Functioning. In T. F. Cash & Li. SmoLak (Eds.), *Body Image: A Handbook of Science, Practice and Prevention* (Second, pp. 271–278). New York, NY: The Guilford Press.
- Wilmoth, M. C. (2007). Sexuality: A Critical Component of Quality of Life in Chronic

- Disease. *Nursing Clinics of North America*, 42(4), 507–514.
<http://doi.org/10.1016/j.cnur.2007.08.008>
- World Health Organization. (2006). Defining Sexual Health: Report of technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva. *Sexual Health Document Series*, (January), 0–30.
http://doi.org/http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
- World Health Organization. (2017). Conditions related to sexual health. Retrieved June 16, 2017, from <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F160690465>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki. *JAMA*, 310(20), 2191. <http://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Wyld, M., Morton, R. L., Hayen, A., Howard, K., & Webster, A. C. (2012). A Systematic Review and Meta-Analysis of Utility-Based Quality of Life in Chronic Kidney Disease Treatments. *PLoS Medicine*, 9(9). <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001307>
- Yagil, Y., Geller, S., Sidi, Y., Tirosh, Y., Katz, P., & Nakache, R. (2014). The implications of body-image dissatisfaction among kidney-transplant recipients. *Psychology, Health & Medicine*, (July 2015), 1–8. <http://doi.org/10.1080/13548506.2014.972417>
- Zimbrian, P. C. (2015). Body image in transplant recipients and living organ donors. *Current Opinion in Organ Transplantation*, 20(2), 198–210.
<http://doi.org/10.1097/MOT.0000000000000165>
- Zoccali, C., Vanholder, R., Massy, Z. A., Ortiz, A., Sarafidis, P., Dekker, F. W., ... London, G. (2017). The systemic nature of CKD. *Nature Reviews Nephrology*. <http://doi.org/10.1038/nrneph.2017.52>

Anexos

Anexo 1

Autorização da Comissão de Ética para a Saúde do CHLO



PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Projeto de Mestrado,
Título: “Disfunção sexual após a transplantação renal - influência do tempo pós-transplantação renal e do impacto da imagem corporal na satisfação sexual pós transplantação”
Investigador Principal: Dr. Renato Lains Mota
Serviço onde decorrerá o estudo: Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz, CHLO

Após reunião de 29 de fevereiro de 2016 e no seguimento da receção das informações solicitadas, estando atualmente o projeto de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, deliberou-se emitir **parecer favorável** à realização do mesmo.

A Comissão de Ética para a Saúde solicita ao Investigador Principal que, quando da conclusão deste projeto, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental presentes em reunião de 29 de fevereiro de 2016:

Presidente: Prof.^a Doutora Maria Teresa Marques

Dr. Carlos Costa, Enf.^a Clara Carvalho, Dra. Helena Farinha,

Dr. José Santana Carlos, Dra. Paula Peixe e Dr. Rui Campante Teles

Pelo exposto, emitiu-se a 09 de março de 2016, **parecer favorável**.

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde


Prof.^a Doutora Maria Teresa Marques
MARIA TERESA MARQUES
Presidente da Comissão
de Ética para a Saúde

Anexo 2

Autorização da Comissão de Ética e Deontologia da Investigação Científica da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia

REUNIÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA E DEONTOLOGIA PARA A INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA (CEDIC) DA EPCV

Ata nº 5

Ano letivo 2015/2016

Aos vinte e um dias do mês de abril de 2016, pelas 14h30m, reuniu a Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica (CEDIC) da EPCV, sob a presidência da Professora Patrícia Pascoal, tendo como agenda de trabalhos os seguintes pontos:

- 1) Leitura e aprovação das atas das sessões anteriores;
- 2) Informações;
- 3) Casos excecionais;
- 4) Apreciação de pareceres: e,
- 5) Outros assuntos.

Nesta reunião estiveram presentes os Professores Ana Loureiro, Ana Rita Goes, Joana Carvalho, Jorge Oliveira, Mauro Bianchi, Patrícia Pascoal, Paulo Lopes e a Dr.^a Carla Madeira. Os Professores Américo Baptista, Gonçalo Calado, Inês Jongenelen e Stephane Besson informaram que não poderiam comparecer.

1. LEITURA E APROVAÇÃO DAS ATAS DAS SESSÕES ANTERIORES

A Professora Patrícia Pascoal iniciou a sessão com a leitura das atas das sessões de 16 de Março e de 7 de Abril que, por motivos de agenda, ainda não tinham sido lidas e aprovadas. Ambas as atas foram aprovadas por unanimidade.

2. INFORMAÇÕES

Aprovaram-se por unanimidade as datas das próximas reuniões da CEDIC. Próxima

reunião: 2 de Junho

- Data limite para submissão: 13 de Maio
- Data limite para o/as revisor/as emitirem parecer: 30 de Maio

- Reunião: 21 de Julho
- Data limite para submissão: 4 de Julho
- Data para o/as revisor/as : 18 de Julho

Estas datas serão divulgadas a todos os docentes, com a respetiva data-limite para a submissão de projetos e data-limite para a receção dos pedidos por parte dos revisores:

Estas datas foram aceites por unanimidade.

A Professora Patrícia Pascoal informou os restantes elementos da CEDIC que o projeto apresentado pelo estudante RENATO MIGUEL LAINS DOS SANTOS MOTA (com a supervisão do Professor Jorge Cardoso) foi previamente aprovado pela Comissão de Ética para Saúde do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, onde a investigação será desenvolvida, A análise efectuada pelo Professor Mauro Bianchi e pela Professora Patrícia Pascoal da documentação apresentada resultou na proposta de dispensa de solicitação de parecer a esta Comissão.

3. CASOS EXCECIONAIS

Foi apresentado um pedido à CEDIC com carácter de urgência referente ao curso de Psicologia Forense e da Exclusão Social – o mesmo terminará o funcionamento a 30 de setembro de 2016. Tendo em conta o carácter excepcional e urgente deste pedido, que já tem um parecer favorável decidiu-se que caso o segundo parecer seja igualmente favorável a Presidente e relator informarão o proponente entre reuniões de forma a viabilizar a recolha de dados e não atrasar os trabalhos do/as

estudantes deste Mestrado. A informação será integrada na acta da reunião seguinte. Esta sugestão foi aprovada por unanimidade.

4. APRECIÇÃO DE PARECERES

Documento apresentado em anexo, fazendo parte integrante desta ata (anexo n.º 1). Foram todos apreciados e aprovados por unanimidade.

5. OUTRO ASSUNTOS

5.1. Uma questão que tem surgido com alguma frequência respeita ao modelo de divulgação dos pareceres aos investigadores, dado que alguns projetos são em instituições que solicitam o parecer da CEDIC. A Professora Ana Loureiro deu como exemplo uma universidade dos Estados Unidos da América que fornece um documento ao investigador apenas com o parecer relativo à sua investigação. O Professor Jorge Oliveira propôs a emissão de um documento oficial com o parecer para os investigadores que necessitem desse documento para prosseguir com o projeto, assinado pela Presidente ou pelo Relator da CEDIC. Esta sugestão foi aprovada por unanimidade.

5.2. A Professora Patrícia Pascoal e o Professor Mauro Bianchi sinalizaram que seria importante ter orientações para quando os pareceres são divergentes entre avaliadores, uma vez que surgiram dois pareceres divergentes referente a um projeto nessas condições. O Professor Jorge Oliveira sugeriu um terceiro ou uma terceira revisora; a Professora Patrícia Pascoal defende que a Comissão deve pautar-se pelo parecer mais conservador; o Professor Mauro Bianchi sugere que seja realizada uma análise final em sessão da CEDIC aos pareceres discordantes. Não havendo uma decisão final em relação a esta questão, optou-se por analisar o projeto que originou esta questão. Uma vez que após a leitura dos dois pareceres se verificou que um/a do/as revisor/as não emitiu parecer, mas sim pediu clarificação para

uma melhor apreciação do pedido, foi aprovado por unanimidade solicitar-se informação adicional para uma decisão final que poderá ser tomada autonomamente pela Professora Patrícia Pascoal e Professor Mauro Bianchi caso as questões levantadas pelo/a revisora sejam clarificadas satisfatoriamente.

5.3. Ficou decidido, por unanimidade, que, sempre que um pedido chegue do próprio e-mail do investigador ou da investigadora, a assinatura seja dispensada.

5.4. Apresentação de nova medida a incluir no projeto da aluna Janaína Pereira, projeto: Procrastinação, autodeterminação e estratégias de coping em estudantes universitários, pela Professora Bárbara Gonzalez. que indagou à CEDIC se é necessária a resubmissão de projeto.

Foi proposto que nas situações em que há alteração no protocolo a análise prévia será feita pela Professora Patrícia Pascoal e o Professor Mauro que detectam se há situação que justifique nova apreciação. A proposta foi aceite por unanimidade. Relativamente ao projeto da aluna Janaína Pereira, projeto: Procrastinação, autodeterminação e estratégias de coping em estudantes universitários, orientado pela Professora Bárbara Gonzalez, foi dispensado de resubmissão para apreciação ética.

Finalizada a ordem de trabalhos, e não havendo questões adicionais, a Presidente deu por encerrada a reunião às dezassete horas e 20 minutos.

A ata foi lavrada por Carla Madeira, que secretariou a reunião.


A Presidente:

O Relator:


A Secretária:

Anexo 3

Autorização do Coordenador da Unidade de Transplantação Renal



MINISTÉRIO DA SAÚDE



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL E.P.E.


Declaração

O Dr. Renato Miguel Lains Santos Mota propõe-se realizar um estudo sobre disfunção sexual em transplantados renais.

Consideramos que esse estudo é de interesse científico e assistencial para os doentes seguidos nesta Unidade de Transplantação.

Assim, apoiamos e colaboraremos na realização do mencionado estudo.

Hosp. de Santa Cruz, 10 Fev 2016



Domingos Machado

(Coordenador da Unidade de Transplantação Renal)

CHLO - Model 037 - Data: 5/10/01/2015

Hospital de São Francisco Xavier | Estrada do Forte do Alto do Duque | 1449-005 Lisboa | Telef.: 21 043 10 00 Fax: 21 043 15 89
Hospital de Egas Moniz | Rua da Junqueira, 126 | 1349-019 Lisboa | Telef.: 21 043 10 00 Fax: 21 043 24 30
Hospital de Santa Cruz | Rua Prof. Dr. Reinaldo dos Santos | 2790-134 Carnaxide | Telef.: 21 043 10 00 - Fax: 21 418 80 95

Anexo 4

Autorização do Director do Serviço de Nefrologia



SERVIÇO DE NEFROLOGIA
Diretor: Dr.º José Diogo Barata

Exm^a. Senhora
Presidente da Comissão de Ética
do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Carnaxide, 2016-02-18

Declaro que autorizo que seja efectuado no Serviço de Nefrologia do Hospital de Sta Cruz/CHLO o estudo 'Disfunção sexual após a transplantação renal: influência do tempo de transplantação renal e do impacto da imagem corporal na satisfação sexual após transplantação' coordenado pelo Dr. Renato Miguel Lains dos Santos Mota.

Com os meus melhores cumprimentos.


José Diogo Barata
Director do Serviço de Nefrologia do HSC/CHLO

José Diogo Barata
Director do Serviço de Nefrologia do
Hospital de Santa Cruz/ CHLO

Anexo 5

Questionário clínico a preencher pelo doente

Questionário Clínico (Preenchimento pelo doente)

Parte 1 – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Data de Nascimento: ____/____/____

2. Idade ____ anos

3. Habilitações literárias completas:

☐ 4º ano de escolaridade;

☐ Frequência universitária;

☐ 6º ano de escolaridade;

☐ Licenciatura;

☐ 9º ano de escolaridade;

☐ Mestrado/doutoramento;

☐ 12º ano de escolaridade;

4. Profissão _____

Está a trabalhar actualmente? ☐ Sim ☐ Não

5. Zona de residência habitual

☐ Norte

☐ Algarve

☐ Centro

☐ Região autónoma dos Açores

☐ Grande Lisboa;

☐ Região autónoma da Madeira

☐ Alentejo

☐ Estrangeiro (fora de Portugal)

6. Reside com

☐ Cônjuge/Companheira(o)

☐ Colega/amigo(s)

☐ Cônjuge/Companheira(o) e filhos e/ou enteados

☐ Outros familiares

☐ Família de origem (Pai, mãe e/ou irmãos)

☐ Sozinho

7. Contexto relacional

☐ Casado.

☐ Separado/divorciado.

☐ União de facto/Coabitação.

☐ Viúvo.

☐ Namoro.

☐ Sem relação/Não se aplica

8. Tem filhos?

☐ Sim. Quantos? ____

☐ Não

9. Sente que tem ou teve alguma doença psiquiátrica ou psicológica nos últimos 6 meses?

☐ Sim. Qual? _____

☐ Não

10. Tem ou teve algum acompanhamento psiquiátrico ou psicológico nos últimos 6 meses?

☐ *Sim* ☐ *Não*

11. Toma ou tomou alguma medicação para problemas psicológicos ou psiquiátricos nos últimos 6 meses?

☐ *Sim. Qual(ais)?* _____

☐ *Não*

12. É fumador?

☐ *Sim* ☐ *Não*

PARTE 2 – HISTORIAL DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA

13. Iniciou terapêutica de substituição renal há quantos anos? ____ anos

14. Qual a modalidade de substituição de função renal que realizava previamente ao transplante actual?

☐ *Hemodiálise;* ☐ *Diálise peritoneal;* ☐ *Transplante renal*

15. Data do transplante renal actual? ____/____/____

16. Tipo de enxerto:

☐ *Dador vivo* ☐ *Dador cadáver*

17. Localização do enxerto:

☐ *Esquerdo* ☐ *Direito*

Parte 3 - SAÚDE SEXUAL

18. Orientação sexual:

☐ *Exclusivamente Heterossexual* ☐ *Preferencialmente Homossexual*

☐ *Preferencialmente Heterossexual* ☐ *Exclusivamente Homossexual*

☐ *Bissexual*

19. Teve actividade sexual nas ultimas 4 semanas (excluindo a masturbação)

☐ *Sim* ☐ *Não*

20. Já iniciou a actividade sexual após o transplante renal (excluindo a masturbação)?

☐ *Sim. Quanto tempo após o transplante renal?* _____ ☐ *Não*

21. Quando teve a sua primeira relação sexual com parceiro (a) após a transplantação renal?

- ☐ no 1º mês ☐ 6 meses a 1 ano ☐ 5 anos a 10 anos
☐ 2º mês a 6 meses ☐ 1 ano a 5 anos ☐ depois de 10 anos

22. Está a ser acompanhado por algum problema/dificuldade sexual

- ☐ Sim ☐ Não

23. Se sim, essa dificuldade sexual já existia antes da transplantação renal?

- ☐ Sim ☐ Não

24. Quem o acompanha nas dificuldades/problemas sexuais?

- ☐ Médico de família ☐ Endocrinologista
☐ Nefrologista ☐ Urologista
☐ Psicólogo ☐ Outro.
Especifique _____

25. Já tomou medicamentos para essa dificuldade/problema sexual?

- ☐ Sim. Quais? _____ ☐ Não

26. Os medicamentos foram experimentados após prescrição médica?

- ☐ Sim ☐ Não

Parte 4 – PARCEIRA(O) SEXUAL

27. Tem parceira(o) sexual?

- ☐ Sim ☐ Não

28. Essa(e) parceira(o) é exclusiva(o)/única(o)?

- ☐ Sim ☐ Não

Anexo 6

Questionário clínico a preencher pelo investigador principal

Questionário clínico (a preencher pelo médico)

PARTE 1 – HISTORIAL CLÍNICO E FARMACOLÓGICO

1. O doente tem alguma das seguintes patologias?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Cardiopatia Isquémica |
| <input type="checkbox"/> Doença Vascular Cerebral | <input type="checkbox"/> Doença Arterial Periférica |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial | <input type="checkbox"/> Dislipidémia |
| <input type="checkbox"/> Excesso de Peso /Obesidade | <input type="checkbox"/> Tabagismo |
| <input type="checkbox"/> Patologia Tiroideia | <input type="checkbox"/> Doença oncológica_____ |
| <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Ansiedade |

2. Hábitos Farmacológicos Actuais

Antidepressivos

- | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amitriptilina | <input type="checkbox"/> Clomipramina | <input type="checkbox"/> Fluoxetina |
| <input type="checkbox"/> Nortriptilina | <input type="checkbox"/> Imipramina | <input type="checkbox"/> Paroxetina |
| <input type="checkbox"/> Escitalopram | <input type="checkbox"/> Fluvoxamina | <input type="checkbox"/> Venlafaxina |
| <input type="checkbox"/> Outro. Qual_____ | | |

Outros psicotrópicos

- | | | |
|---------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alprazolam | <input type="checkbox"/> Clorpromazina | <input type="checkbox"/> Haloperidol |
| <input type="checkbox"/> Lítio | <input type="checkbox"/> Flufenazina | <input type="checkbox"/> Risperidona |
| <input type="checkbox"/> Aripiprazole | <input type="checkbox"/> Quetiapina | <input type="checkbox"/> Clozapina |
| <input type="checkbox"/> Olanzapina | <input type="checkbox"/> Outro. Qual?_____ | |

Terapêutica cardiovascular

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Clonidina | <input type="checkbox"/> Hidroclorotiazida | <input type="checkbox"/> Beta-bloqueantes |
| <input type="checkbox"/> Digoxina | <input type="checkbox"/> Metildopa | <input type="checkbox"/> Espironolactona |
| <input type="checkbox"/> Outro. Qual_____ | | |

Imunossupressão

- | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Glucocorticóide | <input type="checkbox"/> Everolimus | <input type="checkbox"/> Sirolimus |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|

Outras classes terapêuticas

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gabapentina | <input type="checkbox"/> Anticonvulsivantes | <input type="checkbox"/> Análogos LHRH |
| <input type="checkbox"/> Alfa-bloqueantes | <input type="checkbox"/> Cimetidina | <input type="checkbox"/> Antiandrogénios |
| <input type="checkbox"/> Antihistaminicos | <input type="checkbox"/> Dissulfiram | <input type="checkbox"/> Naproxeno |

PARTE 2 – HISTORIAL DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA

2. Iniciou terapêutica de substituição renal há quantos anos? ____ anos

3. Qual a modalidade de substituição de função renal que realizava previamente ao transplante actual?

☐ *Hemodiálise;* ☐ *Diálise peritoneal;* ☐ *Transplante renal*

4. Data do transplante renal actual? ____/____/____

5. Tipo de enxerto:

☐ *Dador vivo* ☐ *Dador cadáver*

6. Localização do enxerto:

☐ *Esquerdo* ☐ *Direito*

7. Documentação de rejeição de enxerto

☐ *Sim* ☐ *Não*

Anexo 7

International Index of Erectile Function(IIEF)

Estas perguntas são acerca do efeito que os seus problemas de erecção provocaram na sua vida sexual **nas últimas 4 semanas**. Responda às questões da forma mais clara e sincera possível. Responda a cada questão, assinalando apenas uma das opções com uma cruz [X]. Se não tiver a certeza sobre como responder, escolha a resposta que lhe parecer mais próxima da sua realidade.

Na resposta a estas questões recorde as seguintes definições aplicáveis:

* **Relação sexual**

É definida como a penetração vaginal (entrada) na companheira.

** **Actividade sexual**

Inclui relações sexuais, carícias, preliminares e masturbação.

*** **Ejaculação**

É definida como a expulsão de sémen do pénis (ou sensação de expulsão).

**** **Estimulação sexual**

Inclui situações como um jogo amoroso com a companheira, ver imagens eróticas, etc.

1. **Nas últimas 4 semanas**, quantas vezes conseguiu ter uma erecção durante a actividade sexual**?

Assinale apenas uma opção.

- Não tive actividade sexual..... ☐
Sempre ou quase sempre ☐
A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)..... ☐
Algumas vezes (cerca de metade das vezes)..... ☐
Poucas vezes (muito menos de metade das vezes) ☐
Quase nunca ou nunca ☐

2. **Nas últimas 4 semanas**, quando teve erecções com a ajuda de estimulação sexual****, quantas vezes é que essas erecções foram suficientemente rígidas para permitir a penetração?

Assinale apenas uma opção.

- Não tive actividade sexual..... ☐
Sempre ou quase sempre ☐
A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)..... ☐
Algumas vezes (cerca de metade das vezes)..... ☐
Poucas vezes (muito menos de metade das vezes) ☐
Quase nunca ou nunca ☐

As 3 perguntas que se seguem são acerca das erecções que poderá ter tido durante a relação sexual*.

3. **Nas últimas 4 semanas**, quando tentou ter relações sexuais*, quantas vezes conseguiu penetrar (entrar) a sua companheira?

Assinale apenas uma opção.

- Não tentei ter relações sexuais ☐
Sempre ou quase sempre ☐
A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)..... ☐
Algumas vezes (cerca de metade das vezes)..... ☐
Poucas vezes (muito menos de metade das vezes) ☐
Quase nunca ou nunca ☐

4. **Nas últimas 4 semanas**, durante as relações sexuais* **quantas vezes** conseguiu manter a sua erecção depois de ter penetrado (entrado) a sua companheira?

Assinale apenas uma opção.

- Não tentei ter relações sexuais ☐
Sempre ou quase sempre ☐
A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)..... ☐
Algumas vezes (cerca de metade das vezes)..... ☐
Poucas vezes (muito menos de metade das vezes) ☐
Quase nunca ou nunca ☐

5. **Nas últimas 4 semanas**, durante as relações sexuais* **que dificuldade teve** em manter a erecção até ao fim da relação sexual?

Assinale apenas uma opção.

- Não tentei ter relações sexuais ☐
Tive imensa dificuldade..... ☐
Tive muita dificuldade..... ☐
Tive dificuldade ☐
Tive alguma dificuldade ☐
Não tive dificuldade..... ☐

* **Relação sexual:** É definida como a penetração vaginal (entrada) na companheira.

** **Actividade sexual:** Inclui a relação sexual, as carícias, os preliminares e a masturbação.

*** **Ejaculação:** É definida como a expulsão de sêmen do pénis (ou sensação de expulsão).

**** **Estimulação sexual:** Inclui situações como um jogo amoroso com a companheira, ver imagens eróticas, etc.

6. **Nas últimas 4 semanas**, quantas vezes tentou ter relações sexuais*?

Assinale apenas uma opção.

- Não fiz nenhuma tentativa..... ☐
1-2 tentativas..... ☐
3-4 tentativas..... ☐
5-6 tentativas..... ☐
7-10 tentativas..... ☐
11 + tentativas..... ☐

7. **Nas últimas 4 semanas**, quando tentou ter relações sexuais*, quantas vezes é que foi satisfatório para **si**?

Assinale apenas uma opção.

- Não tentei ter relações sexuais..... ☐
Sempre ou quase sempre..... ☐
A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)..... ☐
Algumas vezes (cerca de metade das vezes)..... ☐
Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)..... ☐
Quase nunca ou nunca..... ☐

8. **Nas últimas 4 semanas**, quanto prazer é que obteve nas suas relações sexuais*?

Assinale apenas uma opção.

- Não tive relações sexuais..... ☐
Muitíssimo prazer..... ☐
Muito prazer..... ☐
Bastante prazer..... ☐
Pouco prazer..... ☐
Não tive qualquer prazer..... ☐

* **Relação sexual:** É definida como a penetração vaginal (entrada) na companheira.

** **Actividade sexual:** Inclui a relação sexual, as carícias, os preliminares e a masturbação.

*** **Ejaculação:** É definida como a expulsão de sêmen do pénis (ou sensação de expulsão).

**** **Estimulação sexual:** Inclui situações como um jogo amoroso com a companheira, ver imagens eróticas, etc.

9. **Nas últimas 4 semanas**, quando teve estimulações sexuais**** **ou** relações sexuais*, quantas vezes teve ejaculação***?

Assinale apenas uma opção.

- Não tive estimulações ou relações sexuais ☐
Sempre ou quase sempre ☐
A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)..... ☐
Algumas vezes (cerca de metade das vezes)..... ☐
Poucas vezes (muito menos de metade das vezes) ☐
Quase nunca ou nunca ☐

10. **Nas últimas 4 semanas**, quando teve estimulações sexuais**** **ou** relações sexuais*, com que frequência sentiu um orgasmo com ou sem ejaculação***?

Assinale apenas uma opção.

- Não tive estimulações ou relações sexuais ☐
Sempre ou quase sempre ☐
A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)..... ☐
Algumas vezes (cerca de metade das vezes)..... ☐
Poucas vezes (muito menos de metade das vezes) ☐
Quase nunca ou nunca ☐

* **Relação sexual:** É definida como a penetração vaginal (entrada) na companheira.

** **Actividade sexual:** Inclui a relação sexual, as carícias, os preliminares e a masturbação.

*** **Ejaculação:** É definida como a expulsão de sêmen do pênis (ou sensação de expulsão).

**** **Estimulação sexual:** Inclui situações como um jogo amoroso com a companheira, ver imagens eróticas, etc.

As 2 perguntas que se seguem são acerca do desejo sexual. Vamos definir desejo sexual como uma sensação que pode incluir o ter vontade de ter uma experiência sexual (por exemplo masturbação ou relações sexuais*), pensar em sexo, ou o sentimento de frustração devido à falta de sexo.

11. **Nas últimas 4 semanas**, quantas vezes sentiu **desejo sexual**?

Assinale apenas uma opção.

- Sempre ou quase sempre ☐
A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)..... ☐
Algumas vezes (cerca de metade das vezes)..... ☐
Poucas vezes (muito menos de metade das vezes) ☐
Quase nunca ou nunca ☐

12. **Nas últimas 4 semanas**, como classificaria o nível do seu **desejo sexual**?

Assinale apenas uma opção.

- Muito elevado ☐
Elevado..... ☐
Moderado ☐
Baixo ☐
Muito baixo ou nenhum..... ☐

* **Relação sexual:** É definida como a penetração vaginal (entrada) na companheira.

** **Actividade sexual:** Inclui a relação sexual, as carícias, os preliminares e a masturbação.

*** **Ejaculação:** É definida como a expulsão de sêmen do pénis (ou sensação de expulsão).

**** **Estimulação sexual:** Inclui situações como um jogo amoroso com a companheira, ver imagens eróticas, etc.

13. **Nas últimas 4 semanas**, qual o seu grau de satisfação com a sua **vida sexual** em geral?
Assinale apenas uma opção.

Muito satisfeito ☐
 Moderadamente satisfeito ☐
 Igualmente satisfeito e insatisfeito ☐
 Moderadamente insatisfeito ☐
 Muito insatisfeito ☐

14. **Nas últimas 4 semanas**, qual o seu grau de satisfação com o **relacionamento sexual** que mantém com a sua companheira?
Assinale apenas uma opção.

Muito satisfeito ☐
 Moderadamente satisfeito ☐
 Igualmente satisfeito e insatisfeito ☐
 Moderadamente insatisfeito ☐
 Muito insatisfeito ☐

15. **Nas últimas 4 semanas**, como avalia a sua **confiança** de conseguir obter e manter uma erecção?
Assinale apenas uma opção.

Muito elevada ☐
 Elevada ☐
 Moderada ☐
 Baixa ☐
 Muito baixa ☐

* **Relação sexual:** É definida como a penetração vaginal (entrada) na companheira.

** **Actividade sexual:** Inclui a relação sexual, as carícias, os preliminares e a masturbação.

*** **Ejaculação:** É definida como a expulsão de sêmen do pénis (ou sensação de expulsão).

**** **Estimulação sexual:** Inclui situações como um jogo amoroso com a companheira, ver imagens eróticas, etc.

Anexo 8

New Scale of Sexual Satisfaction (NSSS)

Nova Escala de Satisfação Sexual (NSSS)

Validação para a língua portuguesa realizada por Santos Pechorro in
Santos Pechorro P, et al. Validação portuguesa da Nova Escala de Satisfação Sexual. Rev Int Androl. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.androl.2014.10.003>

Tendo em conta a sua vida sexual nos últimos seis meses, assinale a resposta que melhor se adequa ao seu grau de satisfação.

1 = Nada satisfeito; 2 = Pouco satisfeito, 3 = Moderadamente Satisfeito
4 = Muito Satisfeito, 5 = Extremamente Satisfeito

1. A intensidade da minha excitação sexual	1	2	3	4	5
2. A qualidade dos meus orgasmos	1	2	3	4	5
3. A capacidade de me “soltar” e me entregar ao prazer sexual durante as relações	1	2	3	4	5
4. A minha capacidade de me concentrar na atividade sexual	1	2	3	4	5
5. A forma como eu reajo sexualmente ao/à meu/minha parceiro/a	1	2	3	4	5
6. O funcionamento sexual do meu corpo	1	2	3	4	5
7. O meu à-vontade emocional durante o sexo	1	2	3	4	5
8. O meu humor depois da atividade sexual	1	2	3	4	5
9. A frequência dos meus orgasmos	1	2	3	4	5
10. O prazer que eu proporciono ao meu/minha parceiro/a sexual	1	2	3	4	5
11. O equilíbrio entre o que eu dou e o que eu recebo durante o sexo	1	2	3	4	5
12. O à-vontade do/a meu/minha parceiro/a durante o sexo	1	2	3	4	5
13. A capacidade do/a meu/minha parceiro/a em iniciar a atividade sexual	1	2	3	4	5
14. A capacidade do/a meu/minha parceiro/a em ter orgasmos	1	2	3	4	5
15. A capacidade do/a meu/minha parceiro/a se “soltar” e entregar ao prazer sexual	1	2	3	4	5
16. A forma como o/a meu/minha parceiro/a satisfaz as minhas necessidades sexuais	1	2	3	4	5
17. A criatividade sexual do/a meu/minha parceiro/a	1	2	3	4	5
18. A disponibilidade sexual do/a meu/minha parceiro/a	1	2	3	4	5
19. A diversidade das minhas atividades sexuais	1	2	3	4	5
20. A frequência da minha atividade sexual	1	2	3	4	5

Anexo 9

Body Image Scale (BIS)

ESCALA DE IMAGEM CORPORAL - BIS

Versão original: P. Hopwood (2000);

Versão Portuguesa: H. Moreira & M.C. Canavarro (2007)

Neste questionário ser-lhe-ão colocadas algumas questões acerca da forma como se sente em relação ao seu corpo e acerca de algumas mudanças que podem ter ocorrido como resultado da sua doença e dos tratamentos a que foi submetido(a).

Por favor, leia cada questão cuidadosamente e assinale a resposta que considerar mais adequada e que melhor corresponder à forma como se tem sentido na última semana.

		Nada	Um Pouco	Moderamente	Muito
1	Tem-se sentido constrangido(a) ou inibido(a) com a sua aparência?	0	1	2	3
2	Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento?	0	1	2	3
3	Tem-se sentido insatisfeito(a) com a sua aparência quando está vestido(a)?	0	1	2	3
4	Tem-se sentido menos masculino/feminina por causa da doença ou do tratamento?	0	1	2	3
5	Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nu(a)?	0	1	2	3
6	Tem-se sentido menos atraente sexualmente como resultado da sua doença ou tratamento?	0	1	2	3
7	Evitou encontrar-se com pessoas devido à forma como se sentia em relação à sua aparência?	0	1	2	3
8	Tem sentido que o tratamento deixou o seu corpo "menos completo"?	0	1	2	3
9	Sentiu-se insatisfeito(a) com o seu corpo?	0	1	2	3
10	Tem-se sentido insatisfeito(a) com a aparência da sua cicatriz? (se aplicável)	0	1	2	3

Anexo 10

Brief Symptom Inventory (BSI)

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encorticação ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 11

Instruções de preenchimento

INDICAÇÕES DE PREENCHIMENTO

Neste envelope estão inseridos os questionários de autopreenchimento e o consentimento informado para autorizar a participação no estudo com o título: *“Disfunção sexual após a transplantação renal: influência do tempo pós-transplantação renal e do impacto da imagem corporal na satisfação sexual pós transplantação”*.

Previamente ao preenchimento dos questionários deverá ler o consentimento informado e concordar com ele. Se necessário consulte o investigador ou seu representante para esclarecimento de dúvidas.

Os questionários IIEF, BIS, BSI e NSSS deverão ser preenchidos isoladamente sem consulta de terceiros e preferencialmente previamente à consulta médica na unidade de transplantação renal. Confirme que preenche a totalidade dos questionários dado que o não preenchimento inviabiliza a possibilidade de o utilizar na avaliação estatística do estudo.

O questionário de caracterização sociodemográfica deverá ser respondido com eventual apoio de terceiros para correcta caracterização de cada sujeito.

Após o preenchimento dos questionários confirme a participação no estudo através de assinatura idêntica à do seu documento de identificação e junte todos os questionários no envelope anexo e entregue na unidade de transplantação renal por forma a que estes sejam dirigidos ao investigador.

Em caso de necessitar de contactar o investigador pode efectué-lo através do email duvidas.estudo@gmail.com

Grato pela colaboração

Renato Lains Mota

Anexo 12

Consentimento informado para participação



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Título do estudo: Disfunção sexual após a transplantação renal: influência do tempo pós-transplantação renal e do impacto da imagem corporal na satisfação sexual pós transplantação

Explicação do estudo: Realiza-se um estudo transversal, quantitativo, não-experimental com uma amostra de conveniência colhida na unidade de transplantação renal do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, integrado no mestrado transdisciplinar de sexologia da Universidade Lusófona de Lisboa. O investigador principal é assistente hospitalar de Urologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE e tem formação dirigida para a área da andrologia com consulta específica nesta área na mesma instituição.

O estudo tem por objectivo caracterizar a sexualidade do doente transplantado renal do sexo masculino em seguimento nesta unidade de transplantação, nomeadamente nos domínios da função erétil e satisfação sexual, sendo essa informação obtida através de questionários de autopreenchimento pelo sujeito que aceita e concorda com a participação no estudo e dados demográficos e clínicos colhidos através da consulta do processo clínico de transplantação renal ou da plataforma eletrónica de apoio à prática médica (SAM) pelo investigador principal.

Os dados obtidos serão integrados numa base de dados não pública e de restrita utilização pelo investigador e pelos médicos ou enfermeiros da unidade de transplantação renal do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, não estando nela identificados os nomes dos sujeitos mas o número do processo em vigor na instituição.

Em qualquer momento, e até à entrega dos questionários, o doente poderá recusar a entrada no estudo devendo sem que com isso seja prejudicado o seu acompanhamento clínico no CHLO.

Condições e financiamento: Todos os custos serão suportados pelo investigador.

Confidencialidade e anonimato: Na base de dados não constará qualquer informação que identifique de forma única os utentes em estudo, pelo que se considera que não está em causa a figura de "Dados pessoais", conforme descrita na Lei nº67/98 de 26 de Outubro (Lei de Proteção de Dados Pessoais). Esta base de dados será trabalhada exclusivamente pela equipa de investigação.

O Investigador

Data:

Número de cédula da Ordem dos Médicos:

Declaro ter lido e compreendido toda a informação escrita neste documento, bem como a informação verbal que recebi sobre o estudo. Tive oportunidade de ler o protocolo do estudo, de o discutir e colocar questões. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade que me são dadas pelos investigadores.

O sujeito

Data:

